UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1962

N° 1209

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Jacques LEFRANÇOIS

Né le 20 Juin 1929 à Caen (Calvados)

Présentée et soutenue publiquement le 16 Novembre 1962

De la signification de quelques stéréotypies motrices chez l'enfant

(Apport de l'investigation cinématographique)

PRÉSIDENT : L. MICHAUX, Professeur

Société d'Impressions CARON & Cie
34, Rue Demolombe
CAEN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538124_0074

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1962 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Jacques LEFRANÇOIS

Né le 20 Juin 1929 à Caen (Calvados)

Présentée et soutenue publiquement le 16 Novembre 1962

De la signification de quelques stéréotypies motrices chez l'enfant

(Apport de l'investigation cinématographique)

PRÉSIDENT : L. MICHAUX, Professeur

Liste des Professeurs

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN	Léon BINET *Membre de l'Institut*
1er ASSESSEUR	Jean VERNE
2e ASSESSEUR	Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

α) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE ((J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire.	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)

Physiologie	BINET (L.)
	BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
	DOGNON (A.)
Physique médicale	DJOURNO (A.)
	DESGREZ (H.)
Radiologie médicale	N...
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CONTE (M.)
Thérapeutique	

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthop. (Enfants Malades)		FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut	LENEGRE (J.)
	Broussais	SOULIE (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	Lariboisière	SEZE ((S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)

Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Médecine	BOUR (H.) LHERMITTE (F.) PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER - VILLARS (Mlle P.), pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. c. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et., m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato - Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), p. s. c. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)

	MM.
Médecine légale .	DEROBERT (L.), p.s.c.
	FOURNIER (E.)
	GUENIOT (M.)
	HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie .	PERTUISET (B.)
	GRANJON (A.)
	HERVET (E.)
	LE LORIER (G.)
	LEVY (J.)
Obstétrique	MORIN (P.)
	MUSSET (R.)
	ROBEY (M.)
	SENEZE (J.)
	SUREAU (C.)
	THOYER-ROZAT (J.)
	BREGEAT (P.)
Ophtalmologie ...	DUBOIS (A.)
	SARAUX (H.)
	JUDET (R.)
Orthopédie	MEARY (R.)
	POSTEL (M.)
	RAMADIER (J.)
Oto-rhino - Laryngologie	DEBAIN (J.)
	PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.)
	LAPIERRE (J.)
	BARCAT (J.)
	BINET (J.-P.)
	CAUCHOIX (J.)
	CERBONNET (G.)
	CHATELIN (C.-L.)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GARBAY (M.)
Pathologie chirurcale	GARNIER (H.)
	(Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES
	GERMAIN (A.)
	LATASTE (J.)
	LEVEQUE (B.)
	LOYGUE (J.)
	MERCADIER (M.)
	NATALI (J.)
	PELLERIN (D.)
	PERROTIN (J.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
	BENHAMOU (J.-P.)
	BERTHAUX (P.)
	BOIVIN (P.)
	CROSNIER (J.)
Pathologie expérimentale	HARTMANN (L.)
	LŒPER (J.)
	MAURICE (J.)
	MIKOL (Cl.)
	RICHET (G.)
	AUSSANNAIRE (M.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRICAIRE (H.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
	CATINAT (J.)
	CHRETIEN (J.)
	COBLENTZ (B.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
Pathologie médicale	ETIENNE (J.-P.)
	FREZAL (J.)
	FRITEL (D.)
	HENNEQUET (A.)
	HIMBERT (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAROCHE (Cl.)
	LESOBRE (R.)
	MACREZ (C.)
	MOREAU (L.)
	NICK (J.)
	ROYER (P.)
	TOURNEUR (R.)
	WOLFROMM (R.)
	JOSEPH (R.)
	LAFOURCADE (J.)
	LEPERCQ (G.)
Pédiatrie - Puériture	MANDE (R.)
	MOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKI (C.)
	ROSSIER (A.)
	VIALATTE (J.)
	BOISSIER (J.)
Pharmacologie ..	LECHAT (P.)
	BARRES (G.)
	DEJOURS (P.)
Physiologie	DURAND (J.)
	GIRARD m. conf.
	HUGELIN (A.)
	SCHERRER (J.)
	CHANTEUR (J.)
	GOUGEROT (L.), m. conf., p. s. ch.
Physique médicale	GREMY (F.), m. conf.
	MILHAUD (G.)
	PELLERIN (P.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	TUBIANA (M.), m. c.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
	RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
	DENIKER (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D.)
	FLAVIGNY (H.)
	LAPRESLE (J.)
Rhumatologie ...	DELBARRE (F.)
	CERNEA (P.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.), m. c. agr.
	GRELLET (M.)

Thérapeutique ..	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)	Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER)P.) AMELINE (A.), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngologique ..	MADURO (R.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et puériculture .	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE ..... BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.) Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MON FILS

A Monsieur le Professeur MICHAUX

Professeur de la clinique de neuro-psychiatrie infantile
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Santé publique

qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur A. BELEY

Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et qui nous a amicalement conseillé durant toute son élaboration.

Qu'il trouve ici l'expression de notre vive reconnaissance.

A tous ceux qui m'ont enseigné la Psychiatrie, l'Anatomie et la Physiologie du système nerveux central.

En particulier :

Monsieur le Docteur L. FROMENTY
Professeur de clinique neuro-psychiatrique
à l'Ecole de Médecine de Tours

Monsieur le Docteur J. GOLSE
Médecin des Hôpitaux psychiatriques (Caen)

A nos maîtres pendant notre Internat :

Madame le Docteur COULEON-CADERAS,
Médecin des Hôpitaux psychiatriques.

Monsieur le Docteur COULEON,
Médecin des Hôpitaux psychiatriques.

Monsieur le Docteur MENUAU,
Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Monsieur le Docteur A. BELEY,
Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Monsieur le Docteur LETAILLEUR,
Médecin des Hôpitaux psychiatriques.

Monsieur le Docteur BARANDE,
Médecin des Hôpitaux psychiatriques.

Mademoiselle le Docteur COLMART,
Médecin des Hôpitaux psychiatriques.

PLAN GENERAL

INTRODUCTION : La psychiatrie et le langage cinématographique.

RAPPEL HISTORIQUE : En France, en Allemagne et en Italie, deux périodes sont à isoler dans l'analyse des stéréotypies motrices :

— tout d'abord, on dissèque le « signifiant » ;
— puis on tente l'abord du « signifié ».

RÉALISATION DU FILM : Comment dans un Service de neuro-psychiatrie, le cinéma peut devenir un moyen d'investigation séméiologique :

— le matériel ;
— la technique ;
— « les acteurs » : résumé des observations médicales des 17 jeunes malades cinématographiés.

LES DONNÉES FOURNIES PAR LA CAMÉRA :

a) les stéréotypies motrices chez l'enfant ne sont pas des phénomènes neurologiques mais « des processus psychiques ».
b) ce sont essentiellement des phénomènes à contenu affectif.
c) où règne le drame, la douleur.

INTRODUCTION

La psychiatrie et le langage cinématographique

Tout observateur qui fréquente un Service de Neuro-Psychiatrie Infantile (1) est rapidement frappé, surpris par le nombre considérable d'enfants en proie à des mouvements anormaux.

Dans les dortoirs où s'entassent les lits, dans les cours grillagées où fourmillent une multitude de jeunes malades, tant oligophrènes profonds que psychopathes régressifs, dans une atmosphère pesante de marasme collectif, règne une ambiance étourdissante, une incessante mobilité...

Si certains de ces mouvements anormaux, rares d'ailleurs, puisent une étiologie neurologique, la plupart appartiennent au classique groupe « des stéréotypies motrices ».

Définir ce trouble de l'activité c'est aborder sa signification.

Beaucoup des définitions proposées, reflètent l'influence des conceptions psychiatriques de leur auteur.

Constatation au premier abord paradoxale, car aucun symptôme ne semble s'imposer avec autant de « neutralité », de « passivité » qu'un geste, qu'une attitude reproduite de façon immuable ; car tel est, lors de l'observation superficielle, à quoi se résoud la stéréotypie motrice.

La dénomination même de ce phénomène, traduit cette « impersonnalité », elle a été empruntée à la terminologie technique de l'imprimeur. Deux mots d'origine grecque, le forment :

στερεος : solide — τυπος : caractère

La stéréotypie représentait un procédé de typographie destiné à convertir en une seule masse de fonte, une « planche » préalablement composée de caractères mobiles. Méthode ancienne, de pratique actuellement abandonnée.

(1) Service de M. le Docteur BELEY, Hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise).

Avec force, ce terme suggère *la « fixation »*, c'est-à-dire *« la répétition »* sous une même forme s'il s'agit d'un acte, *la conservation* sous un même mode s'il s'agit d'une attitude.

Volontairement, nous avons restreint les limites de notre essai à l'analyse de « quelques stéréotypies motrices », à ces formes qui semblent revêtir le caractère le plus primitif, le plus élémentaire, le plus pauvre. Avons-nous, ainsi exclu des processus répétitifs plus complexes, tels les stéréotypies du langage, de l'écriture et du dessin.

Enfin, soulignons un fait également curieux, alors que les stéréotypies motrices pullulent chez l'enfant, fort peu d'études récentes leur sont consacrées. Le symptôme devient si familier, si commun et si banal qu'on le néglige, qu'il tombe dans l'oubli.

Sa grande fréquence capta notre attention, sa traduction objective se résumant essentiellement à un « mouvement », son étude à l'aide de la technique cinématographique nous sembla indiquée.

Une telle tentative avait déjà été réalisée en 1938 par Mme BONNAFOUS-SERIEUX et H. EY qui présentèrent trois films titrés les « kinésies de jeu chez les idiots ».

— L'application de la technique cinématographique offre-t-elle un réel intérêt en psychiatrie ?

Nous osons l'affirmer, — surtout en neuro-psychiatrie infantile où l'atteinte de la personnalité se traduit essentiellement par des troubles des conduites. Mais partout un choix s'impose. Fédérico FELLINI, ne fixait-il pas ainsi la mission du cinéma: « être essentiellement un langage humain ! Cette exigence requiert du cinéma qu'il axe uniquement sur l'homme recherches, développements et visées les plus ambitieuses... qu'il parle de l'homme, de ses activités extérieures et de son univers intérieur ; de l'homme et de ses tourments, que cache habituellement une pudeur naturelle, et que perçoit l'intuition d'une psychologie chaude, aimante ; de l'homme enfin, écartelé dans son esprit, comme dans sa chair, harcelé par les passions mauvaises, ou miné par le remords d'un passé coupable ».

Comment l'art cinématographique, issu d'une technique concrète, produit d'un enregistrement mécanique réussira-t-il à développer ce prétentieux programme ?

Le cinéma se résume-t-il uniquement à une reproduction objective du monde visuel ?

— Abordons sa « structure esthétique ». L'art pictural combine formes et couleurs, la musique mêle, rythmes et mélodies des sons ; ils nous émeuvent par l'harmonie de leurs composantes.

L'art cinématographique les englobe ; il prend ses assises dans l'espace : c'est l'image ; il s'étale dans la durée, c'est le mouvement. L'élément sonore fondu à l'image, accroît sa dimension.

La reproduction simple fait place à l'évocation, « l'univers filmique » est né.

Le langage cinématographique n'apparaît que comme la synthèse d'une dialectique « interne » : contenu même de l'image, et « externe » rapports des images entre elles, œuvre de montage.

— Des éléments filmiques les uns spécifiques, les autres peu, sont exploités pour construire cette « dialectique interne ».

Le cadrage, l'emploi de l'échelle des plans, des angles variés de prises de vues, les mouvements de la caméra, représentent les procédés filmiques spécifiques qui conditionnent l'expressivité de l'image.

— L'objet filmé n'est pas projeté au hasard dans le cadre qui lui est dévolu ; il y occupe une place déterminée qui d'emblée capte l'attention. Déjà la réalité se mue, elle est présentée selon un aspect particulier.

— La représentation selon des plans variés accentue encore cette scission du réel. Chaque plan prenant une signification propre « c'est une véritable orchestration de la réalité » qui est offerte.

Le plan général intègre l'homme dans son milieu, le livre aux vissicitudes du groupe, une atmosphère en général pesante, suffocante s'en exhale.

Le gros plan se révèle comme un des apports les plus valables de la technique cinématographique.

EPSTEIN glorifiait ainsi sa puissance « Entre le spectacle et le spectateur, aucune rampe. On ne regarde pas la vie, on la pénètre. Cette pénétration permet toutes les intimités. Un visage sous la loupe fait la roue, étale sa géographie fervente. C'est le miracle de la présence réelle... Théâtre de la peau ».

Cette exploration du visage humain, cette fouille de la mimique qui découvre à chaque instant les drames les plus intimes, nous a livré durant toute notre analyse des stéréotypies motrices chez l'enfant, des données qu'aucune autre méthode d'investigation n'aurait pu nous offrir.

Dans le langage cinématographique, s'agit-il d'un être humain, un gros plan suggère l'obsession, la tension psychique, s'agit-il d'un objet, il reflète la puissance que ce dernier occupe dans la vigilance d'un personnage.

Le très gros plan fait « jaillir » le détail.

— La composition renforce le pouvoir suggestif du cadrage. L'image selon la direction dominante du jeu de ses axes, selon

l'angle où elle est appréhendée, acquiert un potentiel esthétique nouveau.

Les lignes horizontales apaisent, calment. Au contraire l'obliquité inquiète, elle crée le déséquilibre, la tension. EISENSTEIN, DREYER et BRESSON l'ont utilisée avec profit.

Les verticales invitent à l'évasion.

— L'angle de prise de vue lègue encore au personnage filmique certaines caractéristiques psychologiques.

« La plongée » minimise l'individu, le situe au même niveau que le sol, donc psychiquement l'écrase, le détermine. Bien différent est le résultat obtenu par « la contre plongée », elle amplifie, glonfle l'être, le magnifie, le sculptant sur le ciel.

Rares et particuliers sont les effets obtenus par des prises de vues verticales.

« La structuration dynamique » de l'image est complétée par le mouvement même de la caméra.

Elle peut répondre à trois impératifs.

Le plus souvent son but est descriptif : liaison visuelle entre deux éléments de l'action ; exploration d'un vaste espace ; poursuite d'un sujet ou d'un objet en mouvement.

Parfois il revêt une valeur dramatique : le mouvement lui-même extériorise un élément matériel ou psychologique destiné à occuper une place primordiale dans l'évolution de l'action.

Enfin la caméra, chez certains réalisateurs (Alain RESNAIS, Jean-Luc GODARD) animée d'une très grande mobilité nous révèle sans cesse le champ visuel de chacun des personnages, dès lors un rythme particulier se développe, un pouvoir de pénétration psychologique plus pernicieux s'instaure.

Le Travelling (avant, arrière) le panoramique, la trajectoire permettent d'obtenir de tels « effets ».

— Certains procédés spéciaux, liés aux possibilités mécaniques mêmes de la caméra, peuvent être recherchés. La surimpression crée l'irréel, évoque des souvenirs, introduit le rêve, matérialise l'hallucination. Désirant préciser la morphologie de « la stéréotypie motrice de l'enfant, nous avons couramment eu recours aux méthodes « de ralenti et d'accéléré ».

Très rapidement nous évoquerons les éléments filmiques non spécifiques qui participent à la création de l'image.

Le cinéma, méthode d'exploration séméiologique les néglige. Par contre, ils assurent la maturation du langage cinématographique.

L'éclairage reste un facteur décisif de la création de l'image. Elle y développe « une atmosphère » déterminée, elle souligne

la perspective, fait surgir le relief, module l'expressivité du masque.

La décoration (costumes et décors) revêt une importance plus grande qu'au théâtre, ici elle est plus riche, plus variée, mais toujours au service de l'action.

L'emploi de la couleur, apporte-t-elle une acquisition technique révolutionnaire dans le mode expressif et esthétique du cinéma ? Il est encore trop tôt pour l'affirmer. Toutefois la couleur de l'image confère à cette dernière un caractère pictural, qui fixe l'œil, donc crée un statisme. Dans aucun cas, l'utilisation de la couleur ne doit être réalisée dans un but de pur réalisme, mais pour sa valeur expressive et symbolique. (*Ballon rouge,* A. Lamorisse).

Le jeu des acteurs est bien significatif. La caméra vient chercher sur place le geste et l'expression qui lui convient et uniquement celle-là et la présente grossie, isolée au spectateur.

Les données sonores représentent le second apport sensoriel, « ossature » de l'univers filmique. Cette nouvelle dimension est matérialisée d'une part par les paroles et les bruits, toujours rattachables à un personnage ou à un objet, vu ou suggéré, donc localisables ; d'autre part, par tous les sons musicaux : « qui ne sont portés au compte de l'univers filmique que d'une manière globale et pour ainsi dire atmosphérique ou syncrétiquement affective ».

Les possibilités techniques de l'enregistrement sonore permettent dans ce domaine maints artifices.

L'image filmique n'est pas créé dans le but de subsister sous forme d'une pure entité, elle est bâtie dans l'optique de la continuité.

Le montage commence, temps primordial dans l'élaboration du film « le phrasé » se développe, « le style » se discerne.

Dans les limites de cette « introduction », nous n'insisterons pas sur cette étape filmique créatrice qui élabore le mouvement, le rythme, l'idée.

Pourquoi avons-nous « inventorié » tous les « ressorts » intimes du langage cinématographique ?

Pour en révéler certes toute leur originalité, toute leur puissance, mais également pour en poser *leurs limites :* et même les dangers qu'ils peuvent susciter lorsqu'ils sont appliqués au monde psychiatrique.

L'univers filmique est spécifique. Il y a décantation de la réalité et recréation de celle-ci dans l'unique but de capter l'attention du spectateur. Tout y est « invitation ». Comme l'a écrit Henri AGEL, le cinéma est *intensité, intimité, ubiquité.* L'intensité réside dans la force magique de l'image dans son pouvoir d'envoûtement. L'intimité résulte du pouvoir grossissant de la caméra qui, par le gros plan permet un sondage de l'être. L'ubiquité s'identifie car le

cinéma nous transporte librement à travers l'espace et le temps, parce qu'il densifie ou recrée la durée. Un rythme nouveau nous assaille sans cesse animé par le récit cinématographique, qui grâce à ses retours en arrière, à ses changements de plans, à ses mouvements de caméra, à ses ellipses continuelles, vivifie une constante activité psychique. La suggestibilité est encore facilitée par l'exposé de l'action « au présent » s'intégrant instinctivement à celle du spectateur. L'artifice de la « troisième personne » permet l'identification, « le transfert ». La mise en œuvre de tels procédés est nécessaire, la psychologie du héros-filmique est si pauvre. Bizarre statut existentiel de l'homme de l'univers filmique, sa conscience profonde est en dehors de lui, elle n'a de véritable inhérence que cosmique. « Curieuse psychologie, certes, et malgré tout bien attachante : n'avoir de sentiments ou d'idées que ceux qui peuvent se manifester par des gestes, des jeux de physionomie, des mouvements ou des paroles assez rudimentaires, calculées toujours de façon à rester hiérarchiquement subordonnées à l'apparence visible, mobile ». (1).

En présence de cet univers si particulier, si incisif, une croyance filmoscopique s'instaure. Elle est voisine de la croyance onirique. Les circonstances matérielles de son éclosion l'expliquent. La salle de projection obscure, l'écran « obnubilateur », la condensation prodigieuse des événements offerts favorisent l'éclosion « d'un rêve éveillé ». Le spectateur, se considérant comme une individualité est en fait immédiatement intégré au groupe, dès lors il ne raisonne plus, il subit l'ambiance.

Tel se structure le langage cinématographique. Son originalité a été diversement appréciée : pour les uns, elle est spécifique, J. Cocteau affirme « un film est une écriture en images », J. Epstein y discerne « la langue universelle » ; pour les autres, elle est artificielle, illusoire, réduite à un ensemble de recettes utilisables par tous et garantissant systématiquement le succès. L. Delluc pense qu'un « bon film est un bon théorème ».

Quelque soit l'opinion émise enthousiaste ou non, le pouvoir fascinateur, la dramaturgie éclate partout dans les réalisations du cinéma « classique ». Son application à l'étude des manifestations humaines semble dès lors difficile et périlleuse, car toute véritable relation manque, car toute véritable connaissance est altérée.

Pour satisfaire ce besoin, cette nécessité d'une recherche active et ouverte de la réalité, une nouvelle orientation cinématographique s'affirme : c'est le « *cinéma vérité* ».

(1) Etienne Souriau : « *L'Univers filmique* ».

Que n'a-t-on pas écrit ou entendu au sujet de cette « nouvelle vague » ! Pour beaucoup elle fut une révélation, elle sembla un apport récent. En fait le cinéma vérité existe depuis 1922. FLAHERTY, n'en est-il pas le pionnier lorsqu'il présente « NANOUK » véritable emploi du temps d'une famille esquimaux ! Le Russe DZIGA VERTOV, initiateur du « ciné-œil », qu'il appliqua à son film : « l'homme à la caméra », JORIS IVENS, l'Allemand RUTTMAN, le Belge STORK, le Français VIGO, les documentaristes britanniques, en sont les premiers représentants.

En 1962, cette méthode cinématographique frappe, car elle apparaît comme réactionnelle, résultante d'une certaine évolution de l'art filmique où jusqu'à cette époque, le faste, la féérie envoûtante, ou la description pure et rigide d'un certain objectivisme étaient les préoccupations majeures de la plupart des réalisateurs.

Tout autre sont les caractères du cinéma vérité : « il est d'abord refus de la dramaturgie de type traditionnel, c'est-à-dire théâtrale : c'est la vie prise sur le vif la vérité comme but et comme moyen, ce qui n'implique nullement un objectivisme impersonnel, mais sous entend plus que jamais analyse et jugement de la part du réalisateur (découpage et montage a posteriori) ».

Cinq critères fondamentaux selon Marcel MARTIN l'individualise :

1) Présence active de la caméra, ...il s'agit avant tout d'établir un contact direct entre le sujet et la caméra celle-ci se confondant avec le spectateur ;

2) Travail de la matière filmée, laissant place largement à l'improvisation, à l'inattendu, à certaines réactions suscitées ;

3) Dédramatisation ;

4) Refus du studio et de toutes les techniques plus ou moins artificielles qu'il comporte ;

5) Acteurs non professionnels.

Bien différent est son but : « c'est le rejet de l'objectivisme au profit d'une recherche active et ouverte de la vérité par le dépassement de l'apparence extérieure et immédiate des êtres et des choses vers une vérité plus subtile et plus profonde, il s'agit de faire « tomber le masque » en intervenant directement dans la vie des gens, pour mettre à nu leur vérité ».

L'apport de cette orientation cinématographique peut être bénéfique pour le neuro-psychiatre. RUSPOLI dans divers moyens métrages réalisés tant à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, qu'au décours de la vie du lozérien nous a révélé un exemple de la puissance d'investigation psychosociologique de cette méthode. Les risques sont grands. Son maniement exige de la part du réalisateur l'existence d'une parfaite probité intellectuelle.

Maintenant, un peu plus familiarisé avec les caractères de ce mode d'expression qu'est le cinéma, envisageons son emploi, tentons de préciser sa place en neuro-psychiatrie.

Trois grandes tendances ont guidé l'indication de la caméra dans le monde du malade et de la maladie mentale.

1) Tout d'abord le langage cinématographique fut mobilisé pour *informer, pour instruire.*

Isolons d'emblée le documentaire, le film scientifique dont le souci exclusif est de persister dans le domaine d'une totale objectivité. Citons quelques exemples de ce type de réalisation « afilmique » ; « Les tests mentaux en psychiatrie » (Pr PICHOT) ; « Les états dépressifs » (Pr DECHEAUME) ; « La chirurgie frontale sélective » (Dr LEBEAU) ; « La maladie de Parkinson », toutefois la séquence thérapeutique est très orientée.

Le film d'information revêt déjà une modalité d'expression différente, si objectif qu'il veuille être il recèle cependant des intentions créatorielles. La description et l'observation font place à la démonstration.

Tantôt la bande filmée se contente de révéler l'efficacité thérapeutique d'une méthode ou d'une substance médicamenteuse nouvelle, ou précise l'intérêt d'une structuration particulière dans l'organisation d'un service neuropsychiatrique. Dans ce but furent réalisés : « Aperçus physiologiques et cliniques sur : l'anesthésie potentialisée, l'hibernation artificielle, la neuroplégie » (Dr LABORIT) ; « Unité sémiologique du délirium tremens » (Dr CARRERE) ; « Nouveaux aspects du delirium tremens » (G. BOUDIN, A. LAURAS, H. KREPS, M. LANIECE) ; « La rééducation fonctionnelle en psychiatrie » (Dr SIVADON) ; « L'hôpital psychiatrique centre de soins et de réadaptation » (Hôpital psychiatrique départemental du Vinatier).

Tantôt le cinéma aborde avec audace certains grands problèmes socio-psychiatriques, tel l'alcoolisme. Nombreux sont les films consacrés à ce sujet « A votre santé », « Le verre à la main », « Les professeurs de bonheur », « Philippe », « L'alcoolisme » (Pr CIRILLI).

Tantôt, à l'extrême, la caméra est empruntée pour tenter la description de certains syndromes psychiatriques. Nous évoquons les courts métrages présentés par le Pr DUCHE, par le Dr GALOT : « Le monde du schizophrène », « Ballet sur un thème paraphrénique », « Psychose hallucinatoire chronique ». Les difficultés offertes au réalisateur sont considérables. L'amplification, la sélection, caractéristiques même de tout langage cinématographique « classique » ne risquent-elles pas de déformer ! Ce danger est

encore accru par l'existence d'une similitude entre la personnalité du malade mental et celle de l'être filmique. Dans les deux cas il y a outrance protusion d'une composante psychique, ou d'une modalité de comportement. Ce péril est encore plus menaçant dès qu'un réalisateur professionnel est associé, lequel en pleine possession de son mode d'expression risque de masquer la vérité au profit de l'esthétique. La caméra qui s'efforce de recréer « l'univers psychiatrique » bien souvent en fait se contente d'animer des scènes proches de celles peintes dans les toiles de GEROME BOSCH. La tentation est si grande, la matière si riche ! Il est toujours plaisant pour le spectateur de retrouver les clichés conventionnels de la folie. Le succès est assuré.

Le film d'information est destiné à occuper une place prépondérante en neuro-psychiatrie. Au grand public il communiquera les progrès et les problèmes de notre « art » ; aux neuropsychiatres il permettra des échanges et des colloques plus nombreux ; au personnel infirmier il illustrera ou complètera l'enseignement professionnel. Mais pour remplir un tel programme, son contenu doit être emprunt d'un souci permanent de probité c'est-à-dire de vérité. Parmi les productions actuelles combien répondent à cette norme ?

II) Le pouvoir incantatoire du cinéma qui porte à domicile l'idée à transmettre laisse envisager *son rôle thérapeutique.*

Déjà certains cliniciens (Dr Carrère) ont filmé systématiquement lors de leur admission les malades éthyliques en proie à un épisode suraigu. Dès que l'amélioration se dessine le film est projeté au convalescent, un choc psychologique est recherché, le langage cinématographique prend valeur psychothérapique. C'est dans une optique identique que nous filmons certaines activités de l'enfant dans le service. C'est dans un but semblable que le Dr FAURE cinématographie le jeune malade en cure de sommeil. De même une caméra peut être confiée directement au malade qui enregistre la vie qui l'entoure. Il est intéressant d'analyser la manière dont chaque type de malade aborde, observe le milieu qui le délimite.

Enfin de véritables films pourraient être réalisés dans un but exclusivement psychothérapique. Le langage cinématographique s'y prête. Leur élaboration se ferait à partir de la connaissance parallèle des réactions engendrées par la projection d'un film identique tant chez le sujet sain que chez le malade mental.

III) Le cinéma peut prendre place *comme méthode d'investigation,* d'exploration séméiologique. Elle reste naturellement à la disposition du clinicien, elle devient une méthode complémentaire.

Dans ce but « l'équation personnelle de l'observateur » doit être réduite à l'extrême. Dans cette variété d'application de la caméra au monde psychiatrique, nous avons exploité essentiellement son pouvoir grossissant et isolant, et cette possibilité de fixation du mouvement dans la durée. La redécouverte possible et infinie « d'un moment cerné », sa comparaison avec d'autres étapes de l'évolution de la maladie mentale, aucune autre technique ne peut nous l'offrir. Sur le plan même de l'observation, son indication est bénéfique. Déjà lors de la prise de vue l'opérateur est contraint à une vision clinique minutieuse du sujet, de la scène, c'est-à-dire du malade, de sa vie en milieu psychiatrique, fait non négligeable car la routine, l'habitude obscurcissent rapidement l'acuité de l'observateur. Le film étant réalisé, la liberté des projections répétées de la bande filmique invite le médecin à de multiples analyses, à des échanges entre divers services et même entre divers hôpitaux, et tout cela sans heurter la dignité du malade. Ultérieurement nous analyserons la spécificité de ce « *cinéma investigation* » que nous avons utilisé dans l'élaboration de notre film consacré à l'étude de quelques stéréotypies motrices chez l'enfant.

De plus l'usage de cette technique « positive » un peu la science psychiatrique qui actuellement est tourmentée par la pratique et l'extension de méthodes, d'appréhension du malade, où dominent interprétations et déductions. Méthodes qui s'efforcent de faire croire que la Psychiatrie est une discipline bien différente de la Médecine.

Mais le langage cinématographique est et reste une « conversation de riches » ! On veut faire des films à soi, on désirerait en disposer librement, mais comme nous le verrons l'acquisition du matériel, des pellicules, la sonorisation, sont des opérations extrêmement coûteuses. On cherche alors des mécènes. L'œuvre risque d'être influencée.

Alors que les autres spécialités médicales bénéficient des progrès sans cesse croissants des procédés d'exploration, la neuropsychiatrie en reste souvent privée. Aussi la création d'un chapitre « recherches et cinéma » devient une nécessité dans le budget de tout Hôpital Psychiatrique.

RAPPEL HISTORIQUE

Rappelons les noms souvent prestigieux de tous ceux qui affrontèrent ce vaste et complexe problème des stéréotypies, dont CAHEN en 1902 osait écrire : « nos connaissances sont assez confuses sur ce sujet... on ne s'entend pas bien sur ce qu'on doit appeler stéréotypie ».

EN FRANCE :

Durant une longue période, de nombreux cliniciens décrivent sans les nommer ce qu'il est commun d'appeler « les stéréotypies motrices ». Tels sont GUISLAIN qui en 1852, au cours de sa leçon sur « la folie », en dressa un tableau rigoureux, ESQUIROL lors de son analyse de la démence et MOREL (1851-1853) dans ces fameuses « Etudes Cliniques ».

Mais c'est J.-P. FALRET en 1864 dans son livre : « Des maladies mentales » qui adopte le premier ce terme : « Lorsque les malades, loin d'ajouter chaque jour à l'idée prédominante, de nouveaux compléments, de l'appuyer de preuves nouvelles, se bornent à répéter à tout venant, exactement sous la même forme et avec les mêmes expressions, lorsqu'en un mot le délire est complètement *stéréotypé*... ».

Ultérieurement, maintes descriptions, diverses classifications sont proposées :

COTARD les définit dans son article sur la « folie » contenu dans le dictionnaire de DECHAMBRE.

SEGLAS les aborde à plusieurs séances de la Société Médico-Psychologique en 1888.

A. MARIE, dans son « Etude sur quelques symptômes des délires systématisés et sur leur valeur » (1892) fournit des exemples de stéréotypies motrices au cours et surtout à la période terminale des grands syndromes délirants.

SERIEUX, les décrit dans ses articles sur la démence précoce.

CHASLIN tente d'expliquer leur complexité.

REGIS, dans son Précis de Psychiatrie, ROGUE de FURSAC dans son manuel, analysent surtout leur « morphologie ».

CAHEN en 1901 sous le titre « Contribution à l'étude des stéréotypies » (Archives de neurologie) montre l'existence de ce symptôme dans un assez grand nombre de maladies mentales.

En 1906, ANTHEAUME et MIGNOT ; DUPRE - CHARPENTIER, MARCHAND consacrent divers essais à cette variété « de répétition motrice ».

Mais les travaux les plus abondants et les plus significatifs de cette époque, sont ceux de G. DROMARD. Cet auteur, de 1904 à 1909 publia :

— Etude psychologique sur la stéréotypie (Revue de Psychiatrie 1904) ;

— Sur la génèse de la formule motrice dans la stéréotypie (Bulletin de l'Institut de psychologie 1905) ;

— De la stéréotypie dans ses rapports avec les divers éléments de l'activité mentale (Bulletin de l'Institut psychologique 1905) ;

— Etude clinique sur la stéréotypie des déments précoces (Archives de neurologie 1905) ;

— Enfin, la mimique chez les aliénés (1909).

La mécanicité, l'automacité de la stéréotypie restent pour tous ces cliniciens le seul trait caractéristique, original de cette anomalie motrice.

La stéréotypie motrice se définit et se résume à son « signifiant ».

A partir de 1916, une telle attitude évolue : c'est le « signifié » de la stéréotypie motrice, qui, maintenant capte l'attention, l'intérêt du psychiatre.

X. ABELY dans sa thèse a réussi à extérioriser avec une rare clarté les deux composantes de la stéréotypie :

— d'une part, la donnée motrice, visible, variable, c'est la « morphologie » de la stéréotypie ;

— d'autre part, la donné psychique, primordiale — c'est le contenu « idéo-affectif » dont nous analyserons ultérieurement toutes les nuances.

H. WALLON, dans « L'Enfant turbulent » (1925) et dans « l'Evolution Psychologique de l'Enfant » réduit ces anomalies motrices, se basant sur ses conceptions purement génétiques et neurophysiologiques, à une manifestation d'archaïsme touchant l'élaboration sensori-motrice.

Elle répond à un niveau du développement ontogénique de l'être : « la conscience sensitive ».

Paul GUIRAUD en 1936 dans l' « Encéphale », sous le titre « Analyse du symptôme stéréotypie » dissèque les mouvements répétés en deux groupes :

— un premier contingent est constitué par « les phénomènes de fixation invariable », processus essentiellement qualifiables du nom de stéréotypie.

« Leurs éléments caractéristiques sont :

— la solidarisation obligatoire entre les éléments successifs,

— l'invariabilité,

— l'inadaptation aux nécessités de l'activité.

« L'origine de la fixation motrice est une attitude, un geste, une action exprimant *un état affectif* ou une idée délirante ou non, qui prend une place privilégiée dans le comportement. »

— la seconde rubrique réunit les « itérations » : « répétition immédiate d'un acte moteur ou verbal qui, une fois terminé est répété sans utilité un certain nombre de fois ». Ces itérations réflètent évidemment l'atteinte de niveaux d'intégration moins élevés.

M^me^ BONNAFOUS, SERIEUX et H. EY en 1938, s'inspirant des conceptions de WALLON, et s'aidant déjà de l'investigation cinématographique décrivaient les « kinésies de jeu chez les idiots ». Ces auteurs insistaient sur la « valeur expressive » de tels comportements.

On tenta, s'aidant des méthodes psychanalytiques de dévoiler les mécanismes intimes qui participaient à l'élaboration de certains mouvements stéréotypés : tel le balancement.

Puis l'étude de la stéréotypie motrice devint rare, épisodique.

Dans son « précis de psychiatrie » (1950) A. BARBE reste le dernier des auteurs à établir un panorama clinique de ce symptôme. Toutefois il ne l'aborde pas isolément, il l'étudie dans le cadre des « Folies discordantes ».

H. BARUK dans son traité (deux tomes 1959) adopte une attitude semblable, au cours de la description de la « catatonie », il extériorise les divers aspects des stéréotypies motrices.

« L'Encyclopédie médico-chirurgicale » rédigée sous la direction de H. EY, avec ses trois gros volumes, nous renseigne fort peu sur ce symptôme. Il en est de même du « Manuel de psychiatrie » (1960) réalisé par ce même auteur avec le concours de P. BERNARD et Ch. BRISSET (page 98).

« Le Manuel alphabétique de psychiatrie » de A. POROT (1961) reste beaucoup plus prolixe sur ce problème.

EN ALLEMAGNE :

Dix ans après FALRET, KALBAUM emprunte le terme « stéréotypie » dans sa description de certains caractères de la catatonie.

Il faut attendre de nombreuses années pour que ce symptôme jouisse de sa pleine et véritable autonomie.

En effet, la plupart des auteurs allemands se libèrent mal de la technique neurologique rigoureuse, ou de l'influence des grands « courants idéologiques » qui à certaines époques jalonnèrent l'évolution de la psychiatrie d'Outre-Rhin.

Primitivement, stéréotypie motrice, tremblements, mouvements choréo-athétosiques, raideurs musculaires, sont confondues. SCHULE (1886), MEYNERT (1890), WERMICKE (1896), KRAFT EBING, ne différencient pas encore les stéréotypies des autres anomalies du mouvement.

KLEIST (1934) tente cet isolement et propose une classification des « mouvements répétés ».

NEISSER, puis BOSTROEM (1928) admettent l'autonomie de la stéréotypie, mais immédiatement la réduisent à un mouvement automatisé, dépourvu de toute personnalité.

KLAESI (1921) l'intègre purement au syndrome schizophrénique. De même MAYER GROSS, considère la stéréotypie comme un mode de comportement *global*, mais rétréci, monotone.

La stéréotypie motrice, fait psychique, telles sont les conceptions de SOMMER, SNELLE, REGNAR-VOGT (1902).

En Allemagne, la même évolution se discerne, du fait « brut » progressivement, la stéréotypie apparaît comme une « façon d'être » de signification plus complexe.

EN ITALIE :

MORSELLI, lors d'une étude séméiologique des maladies mentales cite le premier ce terme.

BRUGIA et MARZOCHI (1887), GIAMMARIA FRATINI (1907) insistent sur la fréquence des stéréotypies motrices dans de nombreux syndromes psychiatriques.

RICCI (1899) et MONDIO (1900) assimilent ce trouble à l'état démentiel.

DANS LES PAYS ANGLO-SAXONS :

D. HENDERSON et R. D. GILLEPSIE, dans leur « Manuel de Psychiatrie pour les étudiants et les praticiens » (7e édition 1950), situent la stéréotypie motrice dans le cadre des anomalies du comportement moteur, la définissent comme : « une action, un groupe d'actions de mots répétés avec monotonie, une posture maintenue au delà de la fatigue, sont des stéréotypies. Une semblable activité monotone peut débuter comme expression d'une perturbation affective où elle peut avoir une signification complexe particulière ; mais dans les deux cas, elle devient graduellement une habitude, complètement dénuée de signification ou presque ».

EN RUSSIE :

Ivan PAVLOV, en physiologiste, entreprit l'analyse du mécanisme de la stéréotypie motrice. Pour cet auteur et ses élèves, ce processus résulterait de la persistance anormale de certains circuits réflexes, il y aurait « inertie pathologique ».

Cet état n'exclut pas l'activité des « stéréotypes dynamiques », « la mosaïque corticale », le moi profond n'en sont nullement altérés.

Cette « mosaïque corticale », expression d'un niveau d'analyse auquel le système nerveux central a réussi à parvenir, en présence du désordre apparent d'un milieu complexe, peut dans certaines circonstances déclencher cette « réaction d'inertie ». L'activité stéréotypée aussitôt s'instaure.

Déjà nous discernons les relations intimes entre le « moi profond » qui conditionne, module la stéréotypie motrice.

Ainsi s'achève ce très rapide et fugitif panoramique de l'histoire de la stéréotypie motrice. Remarquons que presque toutes ces analyses concernent l'activité stéréotypée de l'adulte. Fort peu d'études sont consacrées à ce phénomène chez l'enfant.

REALISATION DU FILM

Comment dans un Service de neuro-psychiatrie infantile le cinéma peut devenir un moyen d'investigation semeiologique

---

I. — LE MATERIEL :

L'emploi de cette méthode d'investigation exige la possession d'un certain nombre d'instruments. Leur acquisition est assez onéreuse.

a) La caméra est certes l'instrument de base. Elle était destinée à recevoir des films de format 16 $^{m}/_{m}$.

Notre appareil de prise de vues était muni d'un viseur « reflex ». Ce dispositif optique très perfectionné réduit les difficultés de la « mise au point », tout en permettant la prise de « gros plans » à des distances infimes. Dès lors le seul souci de l'opérateur réside dans l'obtention au niveau du viseur d'une image d'une parfaite netteté. Grâce à cette nouvelle méthode de visée, l'image observée par le caméraman est absolument identique à celle qui est enregistrée sur le film. Une simplification « technique » appréciable est obtenue.

— Une tourelle, supportant trois objectifs, chacun de « focale » différente, permettait d'explorer des « champs » d'étendue variable.

Ainsi, un objet situé à environ dix mètres de l'opérateur, dès qu'il est observé par l'intermédiaire d'un objectif appelé « grand angle » (focale 16 $^{m}/_{m}$) se présente dans un champ à peu près identique à celui que l'œil est accoutumé à analyser. Par contre, ce même objet, cette fois scruté par un « optique » dit normal (focale 25 $^{m}/_{m}$) n'est plus alors projeté que dans un espace visuel réduit de moitié. Enfin, s'il est cerné par un « télé-objectif », seule une de ses parties apparaît, envahissant d'emblée notre regard.

— Cette caméra était également dotée de six vitesses, d'où la possibilité de réaliser des procédés dits de « ralenti ou d'accéléré ». Le « ralenti » permet de décomposer le mouvement, de disséquer le geste, d'où son intérêt dans l'étude de la composante motrice

de la stéréotypie. La prise de vue image par image, la marche arrière, étaient également à notre disposition.

b) La possession d'un pied devient nécessaire dès que des techniques particulières (panoramiques, travelling), des effets spéciaux sont recherchés (fondus enchaînés, surimpressions, titrages). Son utilisation est conseillée dès que l'emploi du téléobjectif est décidé.

c) Une cellule photo-électrique est de même indispensable. En fonction de la « sensibilité » de la « rapidité » du film que vous choisissez (il existe actuellement dans le commerce des films cinématographiques d'une très « grande sensibilité », c'est-à-dire dont l'emploi n'exige pas des conditions d'éclairage spéciales), elle vous indique l'intensité de la luminosité et commande le réglage du diaphragme de l'objectif. Certaines caméras de fabrication récente, possèdent une cellule « incorporée » qui, automatiquement, influence ce diaphragme.

Toute prise de vue ne peut être réalisée avec quelque chance de succès que si l'opérateur dispose de ces deux derniers appareils.

d) Le « montage » requiert l'emploi d'une visionneuse.

e) La projection des films avait lieu dans la Salle des Fêtes du Service.

Durant toute la réalisation de ce court métrage, nous avons été très handicapé par l'absence de « lumière artificielle » de « spots ». En effet, la plupart des scènes étant « tournées » en « intérieur », dans les dortoirs, beaucoup des enfants filmés étant grabataires, nous avons été contraint d'attendre des conditions d'éclairage suffisantes d'où une perte considérable de temps et des risques techniques plus grands.

De même, nous ne possédions pas de titreuse.

Enfin, l'acquisition d'un objectif à « focales variables » permettant de réaliser « des travellings optiques » sans aucun déplacement de la caméra est souhaitable ; ce dispositif remplace en outre avantageusement la classique tourelle.

f) Le choix des pellicules, émulsion noir et blanc, ou « en couleurs », se résout essentiellement à un problème budgétaire.

g) De même la sonorisation du film, exige des ressources pécuniaires importantes, mais elle n'est pas de nécessité formelle dans l'optique où nous conseillons d'utiliser la caméra.

Tel est l'inventaire un peu fastidieux du matériel que tout médecin des hôpitaux psychiatriques devrait pouvoir disposer dans son Service.

II. — TECHNIQUE :

Le maniement de tels appareils peut effrayer le néophyte.

Cependant, l'automatisation sans cesse croissante du matériel cinématographique offert au public, en simplifie l'emploi.

Parallèlement, l'épanouissement grandissant de la pratique du cinéma d'amateur, surtout dans le « milieu médical » devrait atténuer l'acuité des problèmes techniques qui peuvent se présenter au « psychiatre cinéaste ».

Nous avons réussi, sans l'aide d'aucun réalisateur professionnel à « tourner » ce court métrage et à en entreprendre d'autres...

Techniquement, plusieurs « étapes » sont à isoler dans la réalisation de tout « *film d'investigation* ».

— La prise de vue débute. Tout enfant en proie à des stéréotypies motrices est observé. Puis, accompagné de tout notre matériel, nous nous installons près de lui ; d'abord tout cela l'inquiète ; nous attendons patiemment qu'il intègre dans son univers ce « nouvel objet ». Dès qu'il semble nous méconnaître, nous oublier, nous commençons à prendre des images.

Les angles de prises de vues, la durée des séquences, les divers procédés techniques mis à notre disposition par la caméra, sont adaptés à l'événement qui se déroule devant l'œil de l'opérateur. La puissance scrutatrice de l'optique est braquée avec force sur l'objet qu'elle tente de dépouiller de tous ses mystères. L'investigation cinématographique s'étend du lever au coucher du jeune malade.

Ainsi cinquante jeunes enfants présentant des syndromes psychiatriques divers, mais offrant un dominateur commun : des stéréotypies motrices, ont été filmés.

Dès ce stade nous devinons les critiques formulées au sujet de cette méthode. D'une part il existe une projection de l'observateur sur l'observé, d'autre part la présence d'une caméra bouleverse le comportement du malade. La première objection est assimilable à toutes celles émises à l'égard de toute science d'observation. Nous connaissons les positions des conceptions psychanalytiques à ce sujet. La seconde dépend de l'honnêteté de l'opérateur.

— Toutes les images étant recueillies, les pellicules développées, la seconde étape primordiale commence. Elle consiste en des projections répétées de la bande filmée « brute », c'est-à-dire qui n'a subit aucun montage. Au cours du visionnement une idée dominante va peu à peu s'individualiser.

— C'est elle qui guidera le dernier stade, le montage.

Nous venons de suivre la démarche, le processus original « du cinéma investigation ». Elle s'oppose à l'évolution habituelle de la création dans l'art cinématographique classique, où une idée directrice érigée en scénario conditionne le choix de l'image.

III. — LES ACTEURS :

Tous les enfants filmés séjournaient dans la portion dite « fermée » du Service.

La version finale de ce court métrage, est consacrée à l'étude « des stéréotypies motrices » chez dix-sept jeunes garçons.

Ce « découpage restrictif » n'a pas été inspiré par une « attitude doctrinale » mais uniquement imposé par les nécessités de la projection du film en public (film projeté à la Société Médico-Psychologique, mois de janvier 1962).

Aussi, avons-nous éliminé :

— tantôt des images techniquement imparfaites ;

— tantôt des séquences représentant une même anomalie motrice, ou révélant des stéréotypies motrices se développant sur un terrain pathologique identique.

Chaque enfant cinématographié avait été au préalable, soumis à un examen neurologique complet, en particulier, électroencéphalographique.

Présentons nos jeunes malades.

— Prenons connaissance d'un résumé de leur observation médicale.

OBSERVATION N° 1

D... Maurice, né le 18 avril 1945.
Admis dans le Service le 23 janvier 1951.

A l'entrée. — Le certificat immédiat était ainsi rédigé : « ...est atteint d'imbécillité ; absence de langage ; arriération affective ; turbulence, cris, tics. Stéréotypies. Opposition ; irritabilité. Ne sait pas manger seul. Gâtisme. Gros troubles de la vision. Stigmates dégénératifs ».

Antécédents :

1) *héréditaires :*

— grossesse pénible de la mère ; traitement médicamenteux de nature non précisée ; B.W. négatif ;

— éthylisme familial ; plusieurs internements dans la famille ; plusieurs suicides.

2) *personnels :*

— les troubles ont éclaté dès le premier mois ;

— arrêt de tout développement psychomoteur.

Examen neuro-psychatrique :

— Retard staturo-pondéral, mais absence de difformité ; bonne dentition.

— Marche difficile : absence de paralysie et d'hypertonie ; absence de troubles réflexes.

— Troubles sensoriels : cécité, pas de surdité.
— Aucune activité intellectuelle, ne parle pas ; accès de cris.

— Enfant coléreux, opposant, ne manifeste aucune affectivité pour l'entourage.

— Apparition de crises d'épilepsie.

Examen électroencéphalographique :

— En 1957 : tracé très anormal du fait de la lenteur du rythme de base qui peut être considéré comme ayant la valeur d'un rythme alpha du fait de son champ de répartition.

— Dernièrement, du fait de l'agitation, cet examen a été rendu impossible.

La caméra nous montre la rapide extension et diffusion à tout le corps de stéréotypies motrices à point de départ distal ; ce sont d'abord des petits mouvements des doigts portés à la bouche ou appuyés sur les yeux, puis apparaissent des oscillations rythmées de la tête, enfin un rapide pédalage associé à des mouvements synchrones des membres supérieurs, éclate.

OBSERVATION N° 2

B... Pierre, né le 8 janvier 1946 à Caen.
Entré dans le Service le 5 octobre 1950.

A l'entrée : « Est atteint d'arriération mentale profonde (niveau intellectuel inférieur à 3 ans). Compréhension à peu près nulle. Cris, turbulence, instabilité, opposition, agressivité. Hydrocéphalie. Imperfectible et inéducable. »

Antécédents :

1) *familiaux, héréditaires :*

— père : r.a.s.
— mère : épileptique.

2) *Antécédents personnels :*

— bonne grossesse jusqu'au 7e mois, malgré les crises nerveuses.
— né à terme ; mais présentation par le siège, accouchement difficile nécessitant l'emploi de forceps.
— enfant déhanché et plâtré durant 1 an.
— apparition de convulsions vers 6 mois, au moment de la première dentition.
— développement psychomoteur : pas de données, si ce n'est : premiers pas à l'âge de trois ans.

3) *Antécédents « sociaux » :*

— Parents : ouvriers d'usine, d'où enfant élevé par une nourrice à domicile.
— Père divorcé, verse une pension alimentaire pour les deux enfants du premier mariage.
— Mère : très affectueuse, semble très attachée à l'enfant.
— Conditions de logement déplorables : une chambre et une cuisine en très mauvais état pour cinq personnes.

Examen neuro-psychiatrique :

Examen mental :

— absence de langage ;
— ne sait ni manger, ni boire seul ;
— gâtisme complet ;
— il prend tous les objets qu'on lui tend, pour les porter à la bouche, mais il est incapable de les reconnaître.
— Bref, nous sommes en présence d'un oligrophène du niveau de *l'idiotie.*

Examen somatique :

— révèle une *hydrocéphalie* évolutive ;
— gros crâne avec enfoncement temporal, séquelle d'un traumatisme obstétrical ;
— pas de retard statural ;
— absence de retard important du développement moteur, sait marcher, se tient aisément debout, absence de trouble de l'équilibre ;
— réflexes ostéo-tendineux vifs ; réflexes cutanés plantaires indifférents ;
absence de troubles pupillaires ;
— léger strabisme.

Examens complémentaires :

— Les réactions de B.W., de Kahn, de Meinicke sont négatives.
— L'examen du liquide céphalo-rachidien reste négatif.

Une série d'investigations neuro-chirurgicales a été pratiquée par le Professeur David.

— « Les radiographies du crâne montrent un crâne de type hydrocéphalique : amincissement des os de la voûte, avec légère augmentation des impressions digitiformes, léger degré de diastasis des sutures coronaires et longitudinales. Donc tableau d'hypertension intra-cranienne. »

— Une encéphalographie gazeuse fractionnée n'a visualisé qu'un quatrième ventricule légèrement dilaté.

— Une ventriculographie par contre, extériorise une énorme dilatation des ventricules latéraux qui ne sont pas déplacés, le septum pellucidum se trouvant sur la ligne médiane. Le troisième ventricule est également dilaté, l'aqueduc de Sylvius n'est visualisé que dans sa partie supérieure, initiale très dilatée, se terminant brusquement en pointe.

Il s'agit donc d'une hydrocéphalie très importante de type non communiquante, en rapport avec une sténose non tumorale de l'aqueduc de Sylvius.

— Les examens électroencéphalographiques précisent :
en 1958 : tracé instable, rapide, de bonne réactivité, forte surcharge de rythmes rapides.

le 11 mars 1959 : tracé très aggravé, lent et dysrythmique, surtout sur l'hémisphère gauche où l'on note l'absence d'alpha.

le 19 mai 1959 : tracé dans les limites du normal sur l'hémisphère droit ; très altéré au contraire sur l'hémisphère gauche témoin d'une atteinte hémisphérique gauche très importante centrée sur la région sylvienne au niveau de laquelle on ne recueille pas de signes d'activité cérébrale.

Bref, nous sommes ici en présence d'un oligophrène profond atteint d'une hydrocéphalie évolutive, donc d'un processus organique évident et important. Paradoxalement, l'amplitude des stéréotypies est minime, elles se réduisent à un simple mouvement incessant de semi-rotation de la tête.

OBSERVATION N° 3

B... Daniel, né le 18 juin 1945.
Admis dans le Service le 26 juin 1951.

A son entrée : le certificat immédiat était ainsi rédigé : « est atteint d'arriération mentale profonde. Absence de langage. Turbulence. Opposition. Stéréotypies : grincements des dents. Stigmates dégénératifs. »

Antécédents :

1) *héréditaires :*

— Le père est professeur ; la mère réside au foyer, mais aucun ren seignement n'est signalé dans le dossier.

2) *personnels :*

— Nous ne possédons aucune donnée sur le cours de la grossesse, ni sur les modalités de l'accouchement, ni sur le premier développement psycho-moteur de cet enfant. Pas de notion d'antécédents comitiaux.

Examen neuro-psychiatrique :

Examen mental :

— absence de compréhension de paroles ;
— inactivité complète, désintérêt, reste souvent alité ou s'isole, absence d'activité de jeu, terreurs bruyantes quand on l'approche ;
— petite turbulence nocturne.

Examen somatique :

— dystrophies craniennes ;
— amyotrophies des membres inférieurs, pieds plats ;
— lentiginose dissiminée.

Examens complémentaires : électriquement :

— en 1957 : le tracé est normal, bonne réactivité du rythme de base.
— en 1959 : tracé considérablement aggravé, survenue d'anomalies paroxystiques typiques, faisant envisager la nature comitiale des troubles récents.

Là encore, c'est le tableau d'une oligophrénie grave, du niveau de l'**idiotie.**

L'évolutivité organique est manifeste ; les violents paroxysmes à l'électroencéphalogramme l'atteste. Le comportement stéréotypé est là encore réduit ; petit balancement antéro-postérieur rapide du tronc, accompagné de grincements de dents.

OBSERVATION N° 4

D... René, né le 16 septembre 1952.
Admis dans le Service le 19 décembre 1958.

A son entrée : « Idiot végétatif. Ne tient pas assis, ne mange pas seul. Gâtisme complet. Ne manifeste aucun intérêt pour le monde extérieur. Discrète hydrocéphalie. Hypotrophie. Quelques signes de la série mongoloïde. »

Antécédents :

1) *héréditaires, familiaux :*

— Père : éthylique, absorbait 3 litres de vin par jour, violent, brutal, impulsif ; gaucher.
— Mère : oligophrène ; également éthylique, nerveuse, ambidestre.
— Grand-père paternel : éthylique décédé à l'âge de 35 ans.

2) *sociaux :*

— Ambiance familiale catastrophique ; le père, terrassier, vit dans un état de perpétuelle ivresse alcoolique. La mère débile, mais affectueuse, nièce et concubine, souvent elle-même ivre, est incapable de s'occuper de l'enfant. Véritable taudis de clochards. René couche avec sa mère. Lors de la pré-observation médico-sociale, la cachexie de l'enfant était notée.

3) *personnels :*

— Grossesse normale.
— Accouchement à terme, « mais une césarienne a été nécessaire » ; il pèse 2 kg 900 ; allaitement artificiel.
— Premier développement psycho-moteur :
  — première dent à 10 mois.
  — ne marche pas, ne parle pas.
  — otite à l'âge de 2 ans, puis bronchite.
  — à la maison, se montrait selon sa mère « gentil et affectueux », mais par moments n'entendait, ni ne reconnaissait ses parents.
— en 1956 : séjour à la Salpétrière ;
— en 1957 : séjour à l'Hospice Saint-Vincent de Paul, on parle « d'idiotie ».

Examen neuro-psychiatrique :

Examen mental :

— absence de langage.
— léger intérêt pour l'entourage, il rit, il vocalise.
— absence d'éducation sphinctérienne.

Examen somatique :

— aspect d'un bébé de 18 mois.
— hydrocéphalie : périmètre céphalique de 48 cm, fontanelle fermée, bruit de pot fêlé à la percussion, dilatation veineuse frontale, front olympien.
— les membres inférieurs sont grêles et asymétriques, il parvient à tenir debout.
— réflexes ostéo-tendineux vifs.
— réflexes cutanés plantaires = babinski bilatéral.
— strabisme convergent.

— absence de surdité.
— cryptochidie, phimosis.

Examens complémentaires :

— examens psychologiques : l'enfant est testé à l'âge de 3 ans 7 mois :
  — âge de développement : 36 semaines.
— examens sérologiques :
  — B.W. négatif
— examen ophtalmologique :
  — fond d'œil normal
— examen hématologique :
  — Hb : 70 %
  — leucocytes : 8.400
— électro-encéphalogramme :
  — à son arrivée : tracé normal.
  — dernièrement : tracé mal organisé ; cependant rythme de vigilance occipitale de bonne réactivité à l'ouverture des yeux.

Cet encéphalopathe idiot, offre au contraire des stéréotypies d'une richesse expressive incomparable et d'une complexité motrice déconcertante — prédominante surtout au niveau de la tête et du tronc. Puis le « masque » s'anime, des grimaces affreuses apparaissent alternant avec la protusion de la langue, et des mouvements tantôt de haut en bas, tantôt de dehors en dedans des globes oculaires. Bientôt des larmes surgissent. Le faciès est tragique.

OBSERVATION N° 5

L... Jacques, né le 28 septembre 1948.
Admis le 26 janvier 1952.

A son entrée : Le certificat de placement était ainsi rédigé : « Cet enfant présente une encéphalopathie chronique avec arriération intellectuelle et motrice considérable, sans étiologie précise. »

ANTÉCÉDENTS :

L'enfant ayant été confié aux Services de l'Assistance Publique, comme tout pupille, nous ne possédons aucun renseignement.

EXAMEN NEURO-PSYCHIATRIQUE :

Examen psychique :

— absence de langage ; quelques manifestations affectives.
— activités de suçage et de léchage ; grimaces.

Examen physique :

— hypotonie ; marche impossible.
— absence de crises convulsives.

Examens complémentaires :

— E.E.G. : très altéré.
— l'encéphalographie gazeuse est normale.

Même tableau clinique que le précédent, c'est celui d'une oligophrénie profonde du niveau de l'idiotie.

L'activité motrice stéréotypée se localise au niveau des doigts, qui sont le siège de fins mouvements très purs non dépourvus de délicatesse.

OBSERVATION N° 6

L... Abdallah, né le 3 août 1954.
Admis le 1er juin 1959.

A son entrée : Le certificat indiquait : « A la suite d'une encéphalopathie grave, hypotrophie globale et idiotie. Né quasi aveugle, s'est montré très déficient au point de vue auditif. Se trouve à peu près réduit à la vie végétative. Difficultés de l'alimentation ; tendance à la déshydratation. »

ANTÉCÉDENTS :

1) *familiaux et héréditaires :*

— Absence d'antécédents héréditaires et collatéraux déclarés, si ce n'est plusieurs parents atteints de surdité.

2) *sociaux :*

— Lors de son admission, misère familiale, depuis six mois le père était en chômage.

3) *personnels :*

— Abdallah est le sixième enfant d'une famille de sept enfants.
— Grossesse au début normale, mais au troisième mois, accident de nature non précisée, vomissements.
— Accouchement : normal, même rapide.
— L'enfant est né aveugle.
— Arrêt rapide du développement psycho-moteur.
— Nombreux séjours en milieu hospitalier : hôpital Bretonneau, puis « Enfants malades ».

EXAMEN NEURO-PSYCHIATRIQUE :

Examen psychique :

— ne parle pas, émet des cris.
— touche les objets et les jette hors de son lit.
— ne marche pas, reste alité ; gâtisme complet.
— caprices alimentaires.

Examen somatique :

— hypotrophie généralisée, intense.
— malformations craniennes et thoraciques.
— état physique médiocre ; cachexie.

Examens complémentaires :

— radio du crâne : sur le cliché de profil, la moitié postérieure du crâne présente des impressions digitiformes.
— électroencéphalogramme : tracé très irrégulier, sans réactivité ; ébauche de rythme de base cependant.

Chez cet enfant, réduit à une vie végétative, l'activité stéréotypée semble déjà orientée, pleine de sens. Outre des mouvements de rotation de la tête et du mâchonnement, cet idiot encéphalopathe s'enfonce les doigts dans les cavités orbitaires, à la recherche de certaines sensations, à la découverte de phosphènes.

OBSERVATION N° 7

S... Gérard, né le 29 janvier 1947 à Choisy-le-Roi.
Admis le 8 juillet 1953.

A son entrée : Le certificat de placement était ainsi conçu : « Idiotie mongolienne. Syndrome complet : morphologie, langue scrotale, laxité articulaire. Turbulence. Instabilité. »

ANTÉCÉDENTS :

1) *héréditaires :*

— Père et sa famille : absence de troubles pathologiques graves.
— Mère et sa famille : *idem.*
— Collatéraux : un de ses frères séjourne à l'Institut médico-psychologique d'Oyonnax.

2) *personnels :*

— grossesse : normale.
— accouchement : un peu prématuré à 8 mois ; travail long ; pèse à la naissance plus de 3 kg ; a crié de suite.
— premier développement psycho-moteur :
  — première dent à 6 mois.
  — premier sourire à 6 mois.
  — premiers pas à deux ans.
  — ne parle pas.

Dès lors, suivi régulièrement par le médecin de famille.

A son domicile, il se montrait sous l'aspect d'un enfant « très gentil, un peu apathique, mais il s'agitait dès que des amis apparaissaient ».

Examen neuro-psychiatrique :

Examen psychique :

— tableau clinique typique ;
— d'une part : de mongolisme ;
— d'autre part : de l'idiotie, où domine une turbulence incessante ; un gâtisme complet.

Examen somatique :
— marche impossible, amyotrophie des membres inférieurs ;
— hypotrophie staturale, avec lordose lombaire et ventre en besace ; hernie ombilicale, déformations tibiales ;
— malformations de l'iris gauche.

Examens complémentaires :
— L'électroencéphalogramme révèle un tracé instable et lent ; rythme de base très irrégulier, réactivité quasi nulle.

Comme dans le cas précédent, l'activité stéréotypée est de recherche, de reconnaissance. La stéréotypie motrice crée des sensations élémentaires, soit compressions rythmées des globes oculaires, soit mouvements rapides de la tête sur l'oreiller ou contre le bord du lit.

OBSERVATION N° 8

D... Gérard. Né le 10 décembre 1946 à Paris.
Admis le 24 juillet 1950.

A son entrée : Le certificat de placement affirmait : « Est atteint d'arriération mentale profonde du niveau de l'idiotie. Absence de langage. Pas de troubles caractériels. Cécité complète. Opéré d'un glaucome bilatéral. Démarche normale. Gâtisme. Stigmates de rachitisme ».

Antécédents :

— aucun renseignement : le père est inconnu, la mère est en détention à Fresnes.

Examen neuro-psychiatrique :

Examen mental :

— oligophrénie du niveau de l'idiotie ;
— fréquentes périodes d'excitation et d'agressivité : frappe ses camarades, déchire ses vêtements.

Examen somatique :

— maigreur, caprices alimentaires fréquents ;
— marche possible, mais du fait des troubles de l'acuité visuelle, elle est incertaine ;

— absence de troubles neurologiques.
— électroencéphalogramme : tracé ininterprétable du fait de l'agitation de l'enfant.

Nous restons toujours dans le même cadre nosologique : l'oligophrénie profonde. L'unique mode de communication est une activité très stéréotypée des mains.

L'enfant est plongé dans un état de perpétuelle « vigilance craintive ».

OBSERVATION N° 9

M... Roger, né le 14 mars 1950.
Admis le 10 août 1953.

A son entrée : « Grave arriération du niveau de l'idiotie. Séquelle d'hémiplégie gauche. Ne marche pas. On peut situer son développement entre 5 et 6 mois ; alors qu'il est âgé de 3 ans, 4 mois. Etat physique relativement conservé ».

Antécédents :

— Absence de renseignements. Les parents étant déchus, l'enfant a été confié à l'administration de l'Assistance Publique.

Examen neuro-psychiatrique :

Examen mental :

— aucun langage ;
— absence de comportement social et d'adaptation.

Examen somatique :

— ne tient pas debout, tient à peine assis ;
— hypereflectivité tendineuse et diffusion des réflexes ;
— depuis 1957 : apparition de crises convulsives subintrantes pendant plusieurs heures, crises généralisées.

Examens complémentaires : L'électroencéphalogramme révèle :

— En 1955 : l'existence d'une vaste zone déficitaire du cortex droit, occupant les deux tiers postérieurs de l'hémisphère, foyer à la fois lésionnel et convulsif au niveau de la région temporale droite.
— En 1962 : existence maintenant d'un alpha convenable à gauche ; à droite le théta et le delta sont toujours massifs ; ils diffusent parfois en avant et à gauche.

L'altération organique chez Roger est massive, son arriération psychomotrice considérable. La mobilité incessante, invariable de ses mains capte toute son attention. Il se balance avec un tic de Salam et un crissement guttural.

OBSERVATION N° 10

T... Dong, né le 14 mai 1954.
Admis le 23 novembre 1959.

A son entrée : Le certificat immédiat signalait : « Etat d'idiotie peut-être compliqué d'un processus de régression. Encéphalopathie post-vaccinale. Désintérêt de l'ambiance. Ne s'approche des objets que pour les déchirer ou les projeter. Auto-agressivité très grande éveillant des sensations douloureuses. Cris et pleurs. »

ANTÉCÉDENTS :

1) *Familiaux :*

— Pas d'antécédents pathologiques connus.

2) *Personnels :*

— Troisième enfant sur quatre ; les trois autres enfants sont normaux.
— Grossesse normale, émotion grave vers le troisième mois.
— Accouchement à terme, normal.
— Premier développement psychomoteur :
  — semble normal jusqu'à 18 mois, « gros bébé ». Les parents ne peuvent préciser la date d'apparition du premier sourire, des premiers pas, de l'apparition de la station debout, tout au plus, ils se souviennent qu'à 16 mois, l'enfant ne marchait pas encore, mais se tenait debout dans un parc ; absence de propreté ;
  — à 18 mois : apparition d'une bronchite grave, avec hyperthermie persistante ; dès lors, l'enfant devient très anorexique, s'amaigrit, aussi est-il placé dans une maison pour enfants dans le Var ;
  — dès son arrivée, subit la *vaccination antivariolique,* et huit jours après, apparaît un syndrome infectieux sévère nécessitant son hospitalisation à Hyères ; on parle d'*encéphalite.*

— De retour chez ses parents, ces derniers constatèrent :
  — de gros troubles du comportement ;
  — l'existence d'un état cachectique avec anorexie.

EXAMEN NEURO-PSYCHIATRIQUE :

Examen mental :

— absence de langage ;
— accès d'agitation avec auto-mutilation, émissions de cris continuels ;
— absence d'autonomie alimentaire, ne s'alimente que de produits hachés.

Examen physique :

— marche impossible, reste alité ;

— hypotonie musculaire ;
— gros retards du développement staturo-pondéral.

Examens complémentaires :

L'électroencéphalogramme montre un tracé très détérioré, sans réactivité. Activation comitiale sous SLI avec clonies rythmées de la mâchoire.

Ici, les stéréotypies motrices sont traduites par une conduite des plus dramatiques : création de sensations douloureuses par auto-mutilation ; sous l'effet de coups de poing qu'il se donne au niveau de la face, l'enfant crie, il tente ainsi de prouver son existence.

OBSERVATION N° 11

G... Jean-Loup, né le 16 août 1947.
Admis le 29 avril 1951.

A son entrée : « Cet enfant présente une encéphalopathie probablement consécutive à un état toxique grave, survenu à l'âge d'un mois. Actuellement, hypotonie des quatre membres et ichtyose. Idiotie. L'encéphalographie gazeuse ne révèle pas d'atrophie cérébrale ».

Antécédents :

1) *Héréditaires :*

— père : inconnu ;
— mère :rien à signaler ;
— grand-mère : dans sa famille, deux cousins sont morts jeunes, l'un bossu, l'autre nain ;
— grand-père : une sœur aînée morte de méningite à un an ; un frère, le dernier, très nerveux.

2) *Personnels :*

— grossesse normale ;
— accouchement normal à l'Hôpital de la Pitié ;
— pas nourri par sa mère, mis en dépôt à Denfert ;
— à un mois, toxicose grave (mais peu de renseignements valables) ;
— à deux mois : mastoïdite ;
— à 3 ans, placé en nourrice dans la Sarthe : rougeole et coqueluche.

Examen neuro-psychiatrique :

Examen mental :

— absence de langage, compréhension nulle ;
— forte turbulence, avec accès coléreux, cris et tentatives d'auto-mutilation.

Examen psychique :

— dystrophies multiples ;
— marche difficile, amyotrophie des membres inférieurs ;
— rachitisme ;
— hernie inguinale droite.

Examens complémentaires :

A l'E.E.G. : existence d'un tracé très dysrythmique qui s'améliore bien sous l'effet du N^2 O.

Tantôt éclatent des manifestations stéréotypées très agressives ; l'enfant se mutile, tantôt au contraire, s'installe une danse ondoyante des doigts de la main droite au niveau de son visage.

OBSERVATION N° 12

B... Gérard, né le 15 mars 1947.
Admis le 14 octobre 1953.

A son entrée : Le certificat immédiat était ainsi rédigé : « Psychose infantile, excitation comitiale. Stéréotypie du langage et gestuelle avec appauvrissement progressif. Aucune activité pragmatique. Colères, violences avec l'entourage ».

ANTÉCÉDENTS :

1) *Héréditaires :*

— père : magasinier dans une grande firme de médicaments, pas d'antécédents pathologiques connus ;
— grand-père paternel : décédé à l'âge de 71 ans, rien à signaler ; le père est l'aîné d'une famille de neuf enfants ;
— mère : sténo-dactylographe, actuellement ne travaille plus ;
— un enfant mort-né, on en ignore l'étiologie ;
— grand-père maternel : blessé de guerre ;
— grand-mère maternelle : traitée pour hypertension artérielle.

2) *Personnels :*

— grossesse normale ;
— accouchement normal : poids à la naissance, 2 kg 950 ;
— étude du premier développement psycho-moteur :

a) *il se révèle en apparence normal :*
— sourire à deux mois ;
— première dent à sept mois ;
— marche à quinze mois ;
— première parole à deux ans ;
— première phrase à cinq ans.

Cependant déjà une note pathologique se dessine : outre l'apparition tardive de la marche, le retard de l'acquisition du langage, sa mère note quelques anomalies du comportement :

— Gérard reste durant des heures debout inactif, juché sur la pointe des pieds ;
— il ne manifeste aucun intérêt pour ses jouets, tente de déchirer tout ce qui l'environne ;
— se montre très peu affectueux envers ses parents.

b) *A l'âge de deux ans et demi,* apparition des troubles comitiaux. Ils se traduisent par des contractions des muscles de la face, par un pincement des ailes du nez, une fixité du regard. La durée de ces manifestations est très brève : quelques secondes. Ils se produisent sans horaires fixes, souvent plusieurs fois par jour.

c) *En* 1950, 1951, 1952 :

Parallèlement :
— le syndrome comital s'enrichit ;
— les troubles du comportement se précisent.

Le syndrome comitial :

Il comporte des équivalents, associés à des absences (vertiges avec chute, douleurs abdominales), ces troubles apparaissent surtout le matin au réveil.

Fréquence : de mai à septembre : 20 crises par mois, huit absences. Traitement : 0,02 de gardénal trois fois par jour.

D'octobre à décembre : 40 crises par mois, 20 absences. Traitement : 0,02 de gardénal quatre fois par jour.

En 1952, on signale une moyenne de 12 crises par mois.

L'enfant subit de nombreux examens para-cliniques :

— cuti, B.W. : n'apportent aucun élément significatif ;
— radio du crâne : peu explicite ;
— mais surtout un électroencéphalogramme ininterprétable en 1950 ;
— en 1952, un E.E.G. pratiqué à la Pitié précisait l'existence d'un foyer de pointes temporales droites, à l'état de veil et au début de l'endormissement spontané ; par ailleurs, le rythme de base est un peu irrégulier ;

Les troubles du comportement :

Ils se manifestent surtout au niveau de la sphère thymique :
— des colères clastiques avec bris d'objets, de vitres deviennent quotidiennes ; une tendance à l'auto-mutilation, à déchirer tout ce qu'il trouve s'affirme ;
— inaffectivité vis-à-vis de sa mère ; il frappe.

d) *En* 1954, *Gérard est admis dans le Service.*

Examen neuro-psychiatrique :

Examen psychique :

— contacts difficiles, rapide fuite de l'attention ;
— bavardages stéréotypés, soliloquie, petite fabulation ;
— parle de lui à la troisième personne ;

— intérêt partiel pour l'ambiance, souvent désintérêt total ;
— arriération psychique dont le niveau ne peut être exactement déterminé, en fait il s'agirait plutôt d'un processus de déficit ;
— accès d'excitation psychique avec des paroxysmes de cris, de hurlements.

Examen somatique :

— état général satisfaisant, développement staturo-pondéral normal ;
— l'examen neurologique se révèle normal ;
— fréquence mineure des manifestations comitiales.

Examens paracliniques :

L'électroencéphalogramme régulièrement pratiqué, montre :
— en 1959 : « étonnante variation temporelle de l'électrogénèse corticale, innombrables pointes ondes, bien structurées de très fort voltage » ;
— en 1962 : « alpha ralenti et très pauvre. Etat presque permanent de décharge de pointe onde, syndrome évoluant par bouffées séparées par un silence électrique ou avec un alpha très pauvre, un tel aspect pourrait évoquer un processus évolutif de demyelinisation ».

L'activité stéréotypée s'extériorise chez ce garçon, atteint de maladie épileptique grave sous la forme de mouvements des mains, de la bouche, avec claquements de la langue, des pieds qui, violemment, dans un geste d'écrasement, frappent le sol.

OBSERVATION N° 13

P... Michel, né le 29 décembre 1946.
Admis le 2 juillet 1955.

A son entrée : Le certificat immédiat insistait : « présente une très vive agitation avec excitation et comportement incohérent. Turbulence désordonnée, cris inarticulés, apraxie. Affectivité paradoxale : alternance d'opposition brusque et hostile et de quête de caresses. Destructivité. Etat général médiocre. Déjà traité à l'âge de 3 ans. Dissociation précocissime sur un fond d'arriération mentale dont le degré est impossible à préciser ».

ANTÉCÉDENTS :

1) *Héréditaires :*

— Père : bonne santé, mort accidentelle ;
  — grand-père paternel : décédé ;
  — grand-mère paternelle: décédée à l'âge de 60 ans, asthmatique.
— Mère : nerveuse, traités à Henri-Rousselle en 1950 ;
  — grands-parents maternels sont tous les deux décédés accidentellement.

— Famille de sept enfants : l'un des frères de Michel est en classe de perfectionnement.

2) *Personnel :*

— grossesse pénible, très mal supportée, hypothyroïdie, existence d'une albuminurie en fin de grossesse ;
— accouchement à 8 mois, déroulement normal, jumeaux hétérozygotes, il pesait 2 kilos ;
— allaitement maternel pendant huit jours, puis artificiel.

Développement psycho-moteur :

— se tient debout à deux mois ;
— marche à 28 mois, long apprentissage de la marche ; « il avait peur » ;
— propreté : d'acquisition tardive.

A l'âge de deux ans et demi, chute dans un escalier ; a longtemps pleuré après ce traumatisme, puis pendant des mois, perte du sommeil, avait peur.

A cette époque, la mère est traitée à Henri-Rousselle. Premier placement de Michel à Vaucluse, puis nombreux séjours dans diverses maisons de santé. A l'âge de 6 ans, retourne dans le milieu familial, vie sensiblement normale.

En 1955 : perte de nouveau du sommeil, accès d'excitation avec auto-mutilation, se griffait, se frappait la tête contre les murs. De nouveau est dirigé vers Vaucluse. Très rapidement, régression du langage.

Examen neuro-psychiatrique :

Examen psychique :

— En 1959 :
  — très détérioré, inexpressif, impulsif, agitation intense ;
  — très anxieux ;
  — ne parle plus, comportement démentiel ;
  — alternance d'anorexie et de boulimie ;
  — petite atteinte poliomyélitique localisée.

— En 1961 :
  — en avril 1961, une lobotomie est pratiquée ; on constate dès lors une régression de l'impulsivité et de l'agitation, un ralentissement de l'activité stéréotypée. Mais l'apragmatisme est total.

Examen somatique :

— développement staturo-pondéral habituel chez un enfant de son âge ;
— lors de l'épisode poliomyélitique, l'examen neurologique s'est révélé normal.

Examens complémentaires :

— E.E.G. : tracé régulier, mais rapide.
— P.E.G. : décèle une atrophie et des lésions en foyer.

Dans sa chambre, dans la cour, ce garçon est en proie à une agitation stéréotypée incessante : marche circulaire entrecoupée de sauts, de battements des mains, de secousses des avant-bras.

OBSERVATION N° 14

A... Jean-Marie, né le 4 janvier 1944.
Admis le 22 juillet 1955.

A son entrée : Le certificat immédiat : « atteint de schizophrénie infantile, évoluant plus nettement depuis l'âge de 5 ans. Développement psycho-moteur normal jusqu'à 18 mois... Actuellement stéréotypies d'attitudes, de mimique et de langage. Soliloquie chuchotée, chants monotones, sourires discordants et grimaces. Ambivalence. Hérédité directe chargée : père déséquilibré schizoïde. Le pronoctic est sévère ».

Antécédents :

1) *Héréditaires :*

— Père : polytechnicien, caractère autoritaire. Ingénieur à l'Aéronautique, actuellement placé au Ministère de la Marine. Retard du premier développement psycho-moteur. Puis éveil rapide et soudain de l'intelligence ;
  — son père : caractère pithiatique ;
  — sa mère : internée successivement à l'âge de 20 et 30 ans ;
  — arrière-grand-père : s'est suicidé.
— Mère : très affective (enfant unique), névropathe ;
  — son père : décédé d'un cancer à l'âge de 50 ans ;
  — sa mère : vivante, pas d'antécédents psychiatriques ;
  — son oncle : parfait mythomane, se serait dénoncé comme étant l'assassin de la fameuse chanteuse « Cri-Cri ».

2) *Personnels :*

a) *Grossesse :* première grossesse après 11 ans de mariage ; vomissements incoercibles entre le deuxième et le neuvième mois ; albuminurie légère.

b) *Accouchement :* enfant né à terme, poids à la naissance: 3 kg 400
  — déroulement normal de l'accouchement à l'Hôtel-Dieu, cri spontané, allaitement artificiel.

c) *Développement psycho-moteur :*
  — premier sourire à six semaines ;
  — première dent à l'âge de cinq mois ;
  — première bouillie à quatre mois ;

— station assise à six mois ;
— se tient debout à un an ;
— marche à 18 mois, mais attitude rigide ;
— parole : premier mot à 33 mois ;
— propreté à 3 ans, à 18 mois, n'urine pas seul ;
— sommeil normal ;
— appétit normal, cependant jusqu'à cinq ans, refuse les aliments solides, ne veut pas croquer ;
— mémoire visuelle très développée, grande mémoire auditive ;
— à 3 ans, phobie des chiens, consécutive à une colère contre un chien qui venait d'uriner contre la porte du jardin ; Jean-Marie hurle dès qu'il voit un chien ;
— comportement affectif : veut embrasser tous ceux qu'il rencontre, serre très fort sa mère dans les bras dans un mouvement convulsif dont elle a du mal à se dégager ;
— à 6 ans : entre à l'école libre, durant une demi-journée y séjourne, est rapidement expulsé, parlait tout haut, rugissait ; instabilité.

En outre, nous avons noté :
— à l'âge de 18 mois, alors qu'il était placé chez une nourrice, apparition d'un syndrome infectieux sévère, la nature et l'étiologie ne nous est pas connue, mais après cet épisode, le comportement de Jean-Marie s'est transformé, il ne jouait plus ;
— à 2 ans et demi, séjour à l'Hôpital Trousseau.

d) *En* 1950 : Le père, infidèle, raconte et même « exhibe » ses infidélités en famille. De même, le père continue à considérer Jean-Marie comme un bébé et lui prodigue des manifestations affectives outrées. Il quitte le foyer : gros retentissement sur l'enfant, des troubles du comportement s'affirment, il devient grossier, scandaleux, obscène ; soulève les jupes des dames et des prêtres et surtout des demoiselles. Répète continuellement le mot « soutien-gorge ».

e) *En* 1951 : Aggravation soudaine, excitation intense ; ne peut être maintenu en milieu familial. Le 11 août 1951 est hospitalisé dans le Service de M. le Docteur Michaux, qui confirma le diagnostic de schizophrénie infantile.
De nouveau, fin 1951, séjour hospitalier, Service du Professeur Heuyer.

f) *En* 1955 : Admission à l'hôpital de Perray-Vaucluse, « Service des enfants et des adolescents ».

g) *En* 1960 : Devant la persistance d'un état d'agitation psychomotrice et en présence d'une anxiété croissante, le 27 mai 1960, une lobotomie est pratiquée.

Examen neuro-psychiatrique :

Examen mental :

— impossibilité d'aborder ce jeune garçon ; dès que l'on pénètre dans sa chambre, il s'enfuit vers son lit, criant et se cachant sous les

draps ; toute tentative de contact déclenche un accès d'agitation avec violence, bris de vitres ;
— état de subagitation permanente, moins intense depuis la lobotomie ;
— indifférence, maniérisme ;
— hallucinations multiples, attitude d'écoute ;
— reste alité dans un état d'apragmatisme le plus complet ;
— périodes de caprices alimentaires.

Examen somatique :

— marche sur la pointe des pieds ;
— apparition d'un syndrome de déficit moteur au niveau du membre inférieur gauche.

Examens complémentaires :

L'électroencéphalogramme :
— en 1957 : tracé normal, très régulier, très organisé et peu sensible à l'hyperpnée pour l'âge de l'enfant ;
— en 1959 : léger ralentissement du rythme de base ; légère augmentation des rythmes lents antérieurs.

Des stéréotypies d'attitude, de la mimique, des grimaces, des activités gestuelles itératives, oblitération du conduit auditif externe par l'auriculaire, danse allégorique des doigts, s'intègrent d'une façon évidente au comportement débordant d'anxiété de l'enfant.

OBSERVATION N° 15

D... Jean, né le 7 février 1946.
Admis le 12 mai 1956.

A son entrée : Le certificat immédiat notait : « Subagitation presque continue avec excitation mentale familière, discours fragmentaires et répétitifs. Stéréotypies motrices et verbales. Répétitions incessantes de bribes de phrases entendues. Régression intellectuelle parallèle à l'apparition d'équivalents épileptiques à l'âge de 4 ans. Crises convulsives généralisées depuis un an. Dissociation de plus en plus nette du comportement : destructivité, inaffectivité. Enfant né aveugle, mais dont le premier développement psycho-moteur avait été normal. Pas de signe dégénératif. E.E.G. : crise épileptique électrique focalisée postérieure à prédominance droite. Il semble s'agir de structuration épileptique sans avenir de perfectibilité ».

Antécédents :

1) *héréditaires :*

— Père : excellente santé.
— grand-père : inconnu.
— grand-mère : aveugle par accident.

— Mère : bonne santé.
  — grand-père : tué à la guerre en 1917.
  — grand-mère : décédée en 1953 de crise cardiaque.
— Collatéraux : un frère Pierre, né le 4 juin 1938 à Paris. Brevet élémentaire ; un an de Travaux publics.

2) *personnels :*

a) Grossesse : normale.
b) Accouchement normal ; pèse 3 kg 500.
c) Premier développement psycho-moteur :
  — première dent à 6 mois ;
  — premiers pas à 15 mois ;
  — premiers mots à 18 mois ;
  — propreté de nuit à 15 mois ;
  — propreté de jour à 1 an.

Sommeil très calme les six premiers mois. Enfant très calme jusqu'à 2 ans.

d) *A 2 ans :* glaucome opéré à Nantes. Apparition d'un état d'agitation.

e) *A 4 ans :* apparition des premiers équivalents épileptiques, de plus en plus nombreux avec régression tant dans le domaine intellectuel que dans celui du comportement.
Il fréquente le cours Hoffer, gros progrès.

f) *A 5 ans :* rubéole.

g) *A 7 ans :* reste au foyer familial, gardé par une tante de son père âgée de 70 ans.
Essai de placement à Saint-Mandé. Renvoyé pour agitation au bout de 3 semaines.

h) *A 9 ans :* apparition de la première crise convulsive généralisée.
Nouvel essai de placement en Suisse à Chailly-Lausanne ; ne supporte pas la séparation familiale ; est de nouveau renvoyé car colères et instabilité.

i) *A 10 ans,* avant son admission à Vaucluse :
— Jean présentait une agitation presque continue avec stéréotypies motrices et verbales, dialogues avec la mère.
— L'enfant était destructeur, mais non agressif. Très attaché à la musique.
— L'intelligence était relativement vive, mais faite de stéréotypies et de schémas reproducteurs. Absence de signes dégénératifs.
— Est gentil avec les animaux, mais est surpris par leur présence. Pas de fugue.

Examen neuro-psychiatrique :

Examen mental :

— contact très difficile, il semble plongé dans un monde à lui, flou ;
— parle de lui à la troisième personne ;

— phrases incohérentes, bavardages à très haute voix ;
— commentaires de ses actes ;
— réclame sans cesse des objets les plus hétéroclites, cocasses, mais bien précis ;
— très importants troubles du caractère, enfant très violent, coléreux, frappe les murs avec son visage, jette sur le sol les objets qui lui tombent sous la main dès qu'il est contrarié ou qu'on lui refuse quelque chose, il hurle. Capricieux, exigeant. Se met vite en colère quand les autres enfants se moquent de lui. Démonte son lit et le porte à la fenêtre.
— activité stéréotypée intense et très spectaculaire ;
— fréquents caprices alimentaires ;
— crises généralisées dont le rythme est d'environ une par semaine.

Examen somatique :

— bon développement staturo-pondéral, parfois amaigrissement du fait de caprices alimentaires ;
— examen neurologique normal.

Examens complémentaires :

De nombreux électroencéphalogrammes sont pratiqués :

— le 10-1-1957 : le tracé présente un foyer continu de pointes lentes et de pointes ondes postérieures gauches diffusant à la région occipitale médiane et à la région homologue droite.

— le 9-5-1957 : apparition de grandes bouffées de pointes ondes à 2 secondes (d'origine centrale, théoriquement « organique », sans modification apparente de la vigilance.

Parfois la rythmicité des périodes de pointes ondes fait penser à une encéphalite subaiguë de V. Bogaert, mais cela ne se confirme pas durant tout le tracé.

— le 3-6-1957 : tracé sensiblement analogue au précédent avec des pointes ondes à maximum postérieur. L'aspect sporadique des bouffées de pointes ondes n'est pas évident et n'apparaît que de temps à autre. On ne peut donc parler d'encéphalite subaiguë de V. Bogaert.

— en 1959 : tracé alpha variant 8/16 d'une extraordinaire instabilité. Bouffées de rythme lent et d'ondes lentes.
Relative régularisation à 8 sans S L I, augmentation des bouffées lentes, diminution des rythmes rapides.

— en 1960 : le nouveau tracé de l'enfant est très différent du précédent. Il se rapproche beaucoup plus des premiers tracés. Le rythme de base est lent ; les rythmes rapides ont disparu.

Il existe surtout de nombreuses bouffées constituées de P.O. bilatérales synchromes à légère prédominance droite, vaguement rythmique, parfois toutes les deux secondes ou cinq secondes. De plus, on enregistre à plusieurs reprises de véritables crises durant jusqu'à

trente secondes de P.O. rythmiques à 2/sec. localisées à la région postérieure droite. Au total le tracé est très aggravé.

Dans ce cas les stéréotypies motrices revêtent un tel degré de tragique qu'elles émeuvent le spectateur. Elles sont multiples : verbales, d'attitudes gestuelles ; mais elles sont dominées par un véritable « rite » : soudain l'enfant agite les mains d'une façon itérative durant quelques secondes, s'arrête, saisit sa tête entre les mains et commence un mouvement de torsion forcée, le sens de la rotation est toujours identique : de la droite vers la gauche. Des élongations des muscles du cou sont rapidement apparues.

OBSERVATION N° 16

R... Robert, né le 3 septembre 1945.
Admis le 1er décembre 1959.

A son entrée : Le certificat immédiat notait : « Syndrome dissociatif grave chez un enfant mal développé physiquement, non encore pubère. Troubles importants du cours de la pensée, distractions pathologiques continues, de forme autistique avec barrages, fragmentation, anxiété majeure accouplée à la vigilance ; ambivalence affective, tics grimaçants ».

Antécédents :

1) *héréditaires :*

— Père : éthylique, violent et jaloux ; anxieux, mécanismes obsessionnels (rituels de rangement et de propreté) ; humeur très variable.
— Mère : obsédée sexuelle ; hérédité alcoolique, neveu épileptique.
— Collatéraux :
  — une sœur de 13 ans, peu affectueuse, mauvais résultats scolaires ;
  — un autre garçon, très coléreux ;
  — un autre frère : en proie à de fréquentes « convulsions ».

2) *sociaux :*

— Instabilité du milieu familial. Querelles fréquentes entre les deux époux.

3) *personnels :*

a) Grossesse normale, au cours de querelles, a reçu des « coups ».

b) Accouchement : prématuré à 8 mois — premier cri immédiat ; pèse 4 kg 500.

c) Premier développement psycho-moteur :
  — première alimentation au sein... sevrage à 8 mois, très mal supporté, refus alimentaires, cris, pleurs — par la suite, les caprices

alimentaires ont persisté, n'aimait que les laitages, jamais de viande.
— premiers pas à 23 mois ; au préalable, ne voulait jamais tenir assis ou debout, mais s'allongeait sur le sol.
— premier sourire à 24 mois, jamais ne donne de baisers.
— première parole à 6 mois, puis arrêt momentané du langage.
- enfant très doux, jamais en proie à des colères.

d) Période scolaire :
— fréquente la classe à l'âge de 4 ans ; s'isole, fuit les autres enfants ; pas d'intérêt pour les jeux, sauf la bicyclette.
— rituels de propreté, s'essuyait souvent, ne peut s'asseoir sur une chaise un peu sale. Jaloux de ses jouets et de leur ordre.
— très pudique.
— scolarité jusqu'à 13 ans, retard scolaire de 2 ans.

e) En 1957 : les troubles du comportement éclatent. Robert séjournait en colonie de vacances : soudain, il manifeste une agressivité évidente vis-à-vis de ses moniteurs ;
— grossièreté, préoccupations sexuelles, masturbation incessante ; propose à sa mère des relations sexuelles ;
— menace son père dès qu'il se querelle avec sa mère : « je te tuerai dès que je serai plus grand ».

Examen neuro-psychiatrique :

Examen psychique :

— contacts difficiles, l'enfant parle à voix basse ;
— gros troubles du cours de la pensée : barrages, fading ;
— anxiété intense, regarde sans cesse autour de lui, semble terrorisé par l'inconnu ;
— autisme, ambivalence ;
— très riche activité stéréotypée ;
— apragmatisme.

Examen somatique :

— développement staturo-pondéral réduit ; non pubère.
— l'examen neurologique est normal.

Examens complémentaires :

— l'électroencéphalogramme : « Tracé difficile à interpréter, néanmoins il existe un alpha labile. Cette labilité est en bonne corréalation avec une psychose infantile ».

Examen psychologique :

« L'enfant trop anxieux, trop difficile à fixer, ne peut aborder le Binet Simon ».

Toutefois, son écriture témoigne d'un niveau de développement intellectuel paraissant grossièrement concorder avec son âge chronolo-

gique. Dessins spontanés, commentaires écrits de ces dessins correspondant à des acquisitions telles que l'on peut supposer que l'atteinte est relativement récente. Actuellement l'enfant semble très profondément perturbé. L'adaptation à une tâche proposée est fugace, elle doit être préparée par une série de rituels stéréotypés. Si le sujet parvient à accomplir la série entière des gestes rituels, la réalisation de la tâche peut être bonne. Mais alors le sujet tente de détruire cette réalisation, soit en la biffant, soit en modifiant sa structure par des techniques de duplication, de parcellement, d'encadrement, classiquement décrites chez certains schizophrènes.

Le Rorschah montre une alternance de réponses banales ou classiques et de réponses aberrantes anxieuses, non structurées.

L'enfant reste encore sensible à autrui et à l'ambiance.

Là encore l'activité motrice stéréotypée s'imbrique intimement au vécu anxieux ; elle s'extériorise par des mouvements buccaux, de type aspiratif de suçage.

OBSERVATION N° 17

S... Bernard, né le 2 décembre 1947.
Admis le 26 décembre 1957.

A son entrée : Le certificat immédiat notait : « Subagitation désordonnée et incohérente. Opposition teintée d'agressivité. Retard du tout premier développement psycho-moteur, suivi d'un épisode de toxicose. Arrêt du développement intellectuel. Phases de grande agitation. Perturbation de la vie végétative ; sommeil troublé ; difficultés alimentaires. Incohérence du comportement. »

Antécédents :

1) *familiaux :*

Absence de renseignements.

2) *personnels :*

a) Grossesse :
— mère très fatiguée ;
— mal supportée alors que la première grossesse avait été facile.

b) Accouchement :
— facile, enfant normal, cri spontané ;
— allaitement maternel, puis mixte.

c) Premier développement psycho-moteur :
— n'a souri que tardivement ; absence de gazouillements, semblait triste ;
— s'alimentait avec difficulté, amaigrissement ;
— au 5e mois « épisode diarrhétique intense » ;
— à l'âge de 3 ans : les parents s'inquiètent car le trouvent « *anormal* ».

d) en juillet 1957 :
— période d'agitation durant huit jours : il se déplaçait dans la pièce, se frappait le visage, criait « oh - oh ».
— instabilité affective, tantôt se montrait très affectueux, tantôt au contraire était totalemen indifférent à l'ambiance.

Examen neuro-psychiatrique :

Examen psychique :

— aucun contact n'est possible, l'enfant parle seul mais non avec l'interlocuteur ;
— aucune activité ;
— subagitation permanente, avec accès de grande agitation ;
— fréquentes périodes avec refus d'aliments.

Examen somatique :

— cachexie, pâleur.
— examen neurologique normal ; gâtisme complet.

Examens complémentaires :

L'électroencéphalogramme révèle :
— en 1958 : « tracé lent et anarchique, sans réactivité, pas de localisation, ni de décharge ».
— en 1961 : « pas de paroxysmes, tracé lent et anarchique ».

Dans ce cas, tout le comportement de cet enfant est véritablement réduit à son activité stéréotypée d'une très grande richesse. Elle a d'ailleurs évolué, régressé. En 1958, rythmiquement, il se tapait la tête d'un doigt ou s'enfonçait l'index dans un orifice nasal. Actuellement, ce jeune garçon marche sans cesse dans la cour traçant un cercle étroit, tel le pigeon décérébré de Flourens, frappant deux objets l'un sur l'autre, claquant la langue, grinçant des dents.

LES DONNEES FOURNIES PAR LA CAMERA

A) LES STEREOTYPIES MOTRICES CHEZ L'ENFANT NE SE REDUISENT PAS A DES « PHENOMENES NEUROLOGIQUES » CE SONT DES « PROCESSUS PSYCHIQUES »

1) On ne peut assimiler la stéréotypie motrice à un phénomène neurologique.

Deux modalités expressives, indissociables individualisent la conduite stéréotypée chez l'enfant :

— l'une est grossière, évidente, c'est la composante motrice,

— l'autre est plus nuancée, moins prégnante « c'est la touche » psychique.

Cette dualité structurale de la stéréotypie fut longtemps méconnue, souvent rejetée. L'extériorisation gestuelle résumait, définissait la stéréotypie motrice.

G. DROMARD dans maintes de ses études, défendit cette conception « la stéréotypie se traduit par la répétition incessante des mêmes attitudes, des mêmes gestes ou des mêmes jeux de la physionomie qui se reproduisent d'une manière arbitraire sans raison ou sans but... Pour notre part, nous pensons qu'il faut réserver l'étiquette de stéréotypie aux seuls actes automatiques ».

BRUGIA et MARZOCCHI émettent une opinion semblable : « ce sont des mouvements circonscrits, souvent rythmiques et coordonnés qui s'accomplissent sans le concours de la volonté... qui ne correspondent à aucun but extérieur... »

Ainsi, de nombreux cliniciens considéraient la stéréotypie uniquement comme une représentation motrice privée de toute adaptation, s'extériorisant indéfiniment, fatalement, d'une façon automatique, mécanique. La stéréotypie dépouillée, schématisée fut rapidement assimilée à un « fait neurologique ». Cette orientation influença longtemps toutes les analyses consacrées à cette anomalie motrice.

Sa « morphologie » fut méthodiquement inventoriée. On précisa dans ses moindres détails sa fréquence, son rythme, sa durée ; on

s'efforça de surprendre les circonstances qui semblaient favoriser son éclosion qui paraissaient la modifier, l'éteindre. Rapidement, son extrême « variabilité », la complexité de cette « fixité » déconcertèrent.

Déjà la méthode d'investigation clinique s'avérait insuffisante.

Loin de décourager ses partisans, elle les stimulait ; des descriptions séméiologiques sans cesse plus pénétrantes étaient offertes, de multiples tentatives de classification étaient proposées.

Nous en exposerons quelques-unes ; car elles illustrent bien toute cette période où la stéréotypie motrice était abordée sous « l'angle neurologique ».

Classification de RICCI :

Cet auteur individualise trois grands groupes :

1) *Les attitudes akinétiques :*

a) position de repos indifférent,
b) position de repos expressif : — debout
— à genoux
c) durant le sommeil.

2) *Les mouvements parakinétiques :*

a) mouvements d'une partie déterminée du corps,
b) grincement de dents,
c) balancement de la personne,
d) mouvements symboliques,
e) mouvements de déambulation,
f) stéréotypies verbales et phonétiques.

3) *Actions dyspraxiques :*

a) stéréotypie dans la manière de se baigner,
b) stéréotypie dans la manière de se vêtir,
c) stéréotypie dans la manière de manger,
d) la clastomanie,
e) la Krouomanie,
f) la tulpophilie,
g) le collectionisme.

Vaste inventaire de l'activité stéréotypée parfois même revêtant une certaine teinte d'humour...

CAHEN réduit cet éventail et isole :

1) *Les stéréotypies d'attitude ou akinétiques :*

— observables soit : — en position de decubitus
— debout
— en station assise.

2) *Les stéréotypies des mouvements et des actes : ou parakinétiques*

a) d'une partie déterminée du corps,
b) de tout le corps,
c) dans la marche,
d) dans le langage,
e) dans les écrits et le dessin,
f) dans la mimique et le geste.

Cette énumération manque de rigueur. Elle a été reprise et révisée par G. DROMARD.

X. ABELY dans sa thèse s'efforce de dresser un tableau clair et complet des multiples clichés que peuvent revêtir les stéréotypies. Il isole :

1) *Les stéréotypies akinétiques ou d'attitude :*

a) *générales :* portant sur l'attitude du corps tout entier
— position debout,
— position assise,
— position de decubitus,
— position à genoux.

b) *locales :* attitude d'une portion déterminée du corps : tête, membres, tronc.

2) *Les stéréotypies parakinétiques ou de mouvement :*

a) *générales :* — balancement,
— des habitudes journalières : lors du manger par exemple,
— stéréotypie de la marche,
— dans la façon de se coucher,

b) *locales :* — touchant la tête, les membres,
— stéréotypie de la mimique.

3) *Enfin et le plus souvent* les diverses formes de stéréotypies s'intriquent.

— Qui dit phénomène neurologique affirme une étiologie organique.

Pour ROLLER, NEISSER, BINDER, ce sont des troubles « des centres primaires de mouvement » qui créent les stéréotypies motrices.

LEHMANN et FRENSBERG localisent ces « régulateurs » de la motricité au niveau des formations de la base : thalamus et corps striés. Les couches optiques auraient un rôle inhibiteur, les noyaux lenticulaires, un pouvoir dynamogénique, d'où selon l'activité prépondérante de l'une ou l'autre masse nucléaire, des stéréotypies akinétiques ou parakinétiques s'élaborent.

Ces mêmes auteurs tentent d'expliquer le mécanisme intime de leur mise en jeu. Ils se fondent sur la théorie de « l'affaiblissement cortical avec hyperexcitabilité sous corticale » déjà préconisée par MEYNERT et étayée par les travaux physiologiques de HEGER et de DE BOECK sur les corrélations entre la circulation artérielle cérébrale et la vascularisation des formations de la base. Dès que l'écorce cérébrale du fait de lésions dégénératives, n'exige qu'un apport sanguin minime, une hypérémie se développe au niveau des vaisseaux de la base, facilitant l'hyperactivité des centres nerveux de cette zone.

SOMMER, SNELL, CAHEN considérant l'activité stéréotypée comme une suite d'actes purement musculaires, attribuent le processus de « fixation immuable » à un déficit cérébral.

REGNAR VOGT, s'inspirant des analyses de JAMES et de MULLER, démontrent que c'est l'isolement pathologique des divers aires corticales par rupture des faisceaux d'association et des fibres commissurales qui engendre l'éclosion des stéréotypies. L'image motrice apparue dans le champ de la conscience, conditionne des processus neuroniques corticaux ; ces derniers non influencés par d'autres « informations » en particulier inhibitrices, persévèrent, se « fixent ».

Les donneés fournies par l'objectif de la caméra confirment-elles cette conception organiciste de la stéréotypie ?

Nous ne le pensons pas, surtout chez l'enfant. Au contraire la composante motrice nous apparaît comme un « épiphénomène » qui ne peut être intégré à la séméiologie neurologique. Cette différenciation a été très longue à s'imposer.

KLEIST, se fondant sur des critères organiques, s'efforce de classer les divers mouvements anormaux répétés et semblant « spontanés ». Il distingue :

1) *des symptômes de déficit frontal,*

Ce sont des actions, des mouvements résiduels. Ils sont indéfiniment répétés car ce ne « sont que des restes » d'une activité mentale réduite.

2) *des symptômes d'excitation motrice uniforme :*

Les réactions motrices sont observées chez les encéphalitiques. Elles se réduisent à des mouvements anormaux répétés, mais *localisés* à une partie du corps sans tendance générale à la répétition uniforme. Ils sont inintentionnels et sans aucun but.

3) *les itérations :*

répétition immédiate d'un acte moteur qui, une fois terminé, est répété sans utilité, un certain nombre de fois. Elles peuvent se

développer dans divers segments du corps et envahir plusieurs modes de l'activité mortice.

4) *la persévération :*

C'est la persistance d'une tendance motrice qui s'extériorise à nouveau à la suite d'une sollicitation qui est inadéquate à cette dernière. C'est l'intoxication par le geste ; elles seraient fréquentes dans les lésions de la région pariéto-occipitale.

5) *les stéréotypies :*

En neurologue, KLEIST définit la stéréotypie par :
— sa tendance générale à la persistance,
— sa variabilité dans le temps,
— son apparition provoquée, l'excitation est soit externe ou interne.

Tout le mérite de cet essai réside dans la mise en valeur du facteur « durée » dans le déroulement de la répétition motrice.

Parallèlement et même antérieurement à cette entreprise, les « cliniciens » « situent » la stéréotypie motrice au milieu de la vaste fresque des contractions musculaires, parasites, inadéquates...

X. ABELY avec rigueur en précise les contours :

Déjà il sépare nettement la stéréotypie motrice de tableaux cliniques voisins, tels les tics, la catatonie, certains réflexes, les spasmes, les convulsions et la simulation.

a) Les modalités motrices des tics et des stéréotypies sont bien différentes. Référons-nous aux études classiques de MEIGE et de FEINDEL.

Le geste bref « en éclair » du jeune tiqueur renferme toujours en lui-même une « note spasmodique » (BRISSAUD, CAHEN). Jamais la stéréotypie n'englobe un tel caractère.

MEIGE et FEINDEL affirment « il faut réserver la dénomination de stéréotypie aux seuls accidents moteurs dans lesquels les caractères de la contraction musculaire ne diffèrent pas de ceux que celle-ci affecte dans les gestes normaux ».

La « morphologie » du tic est en général plus simple ; sa généralisation plus rare.

b) Maintenant, isolons la catatonie ; syndrome psycho-moteur de pathogénie très discutée, essentiellement toxique (De JONG et BARUK) « autres causes que toxiques » (GUIRAUD). Sa traduction objective réside dans une anomalie de l'expression motrice : contracture, sans paralysie pour certains, perte de l'initiative au mouvement pour d'autres... Un substratum anatomique, histologique, lui a été dévolu « c'est le processus de l'évolution granulo-

pigmentaire de KLIPPEL » dont la localisation est également mal précisée (noyaux de la base pour GUIRAUD).

c) Les réflexes avec leur déterminisme implacable répondant à un circuit neuronique infaillible s'oppose à l'activité stéréotypée plus libre, moins rigide dans sa fixité.

d) L'irritation d'un nerf déterminé, crée dans son territoire des secousses musculaires, non assimilables à la contraction habituelle : c'est le spasme.

e) Les convulsions ,les contractures, observées lors de nombreuses affections et infections du système nerveux central, revêtent une ampleur et surtout une brusquerie d'installation et de terminaison, évitant d'emblée la confusion. Un cortège de signes neurologiques précis attestent l'organicité.

Ainsi, peu à peu, la stéréotypie s'évade du vaste « complexe » des mouvements anormaux.

M^me^ BONNAFOUS, SERIEUX et H. EY, dans leur publication « Les kinésies de jeu chez les idiots » isolent cette modalité motrice élémentaire, d'autres manifestations proches.

Mais « les kinésies de jeu » répondent-elles « objectivement » aux stéréotypies ?

Oui, les caractères de leur composantes motrices sont identiques.

Pour ces auteurs : 1) elles se produisent sur un fond d'athétose discrète ;

2) elles se déroulent à travers une série de mouvements complexes, variables et à tendance rythmique ;

3) elles surviennent durant les pauses de l'activité utile ou adaptée et sous forme de comportement intermittent.

« C'est ce comportement fondamental qui utilise des capacités motrices exclusives de toute autre activité qui nous paraît mériter le nom « de kinésie de jeu ». »

Ainsi dépeintes ces kinésies font contraste et s'opposent aux manifestations athétosiques.

Rapidement, nous venons de « survoler » les diverses analyses classiques toutes centrées sur l'étude du « signifiant » de la stéréotypie motrice.

Maintenant exposons ce que l'objectif grossissant de la caméra nous a révélé ou précisé.

Grâce au jeu puissant de l'optique et à l'usage de certains procédés techniques cinématographiques (surtout « ralenti »), nous avons pu aisément visualiser les caractères cliniques objectifs de la stéréotypie.

Beaucoup « d'images » confirment les descriptions classiques, mais de nombreuses les infirment.

Nous inspirant du schéma séméiologique proposé par RISER, guide d'examen de tout malade présentant une anomalie motrice, nous avons tenté de placer la stéréotypie motrice dans une des rubriques offertes.

I) *MOUVEMENTS SPONTANES DISCONTINUS, BRUSQUES, RAPIDES DE CARACTERES CLONIQUES.*

Dans ce groupe, rangeons :

1) *Les mouvements irréguliers, désordonnés, agitant tel ou tel segment du corps, sans aucun rythme.*

— Le type est le *mouvement choréique ;* ici aucune cadence, aucune répétition n'existe ; l'enfant est en proie à chaque instant à une contraction musculaire soudaine qui l'ébranle.

2) *Les mouvements anormaux, discontinus, brusques, rapides, mais plus localisés :*

Ce sont :

a) *Les tics :* la caractéristique neurologique du tic, réside dans le fait que tout le groupe musculaire atteint par cette anomalie motrice se contracte simultanément, d'où cet aspect spasmodique déjà signalé ; il n'existe pas de propagation ;

b) *L'hémiballisme :* les mouvements sont du même type que dans la chorée, ils s'en différencient par leur ampleur plus considérable et par leur siège localisé, strictement à un hémicorps.

3) *Les mouvements anormaux discontinus, mais se propageant :*

C'est le domaine de l'épilepsie :

— épilepsie partielle « localisée » ; la propagation de la phase clinique signe sa présence. De même certains équivalents sont d'aspects trompeurs ;

— l'épilepsie généralisée est plus aisément identifiable.

II) *LES MOUVEMENTS RAPIDES, CLONIQUES, SOUVENT RENFORCES ET PROLONGES PAR UNE CONTRACTION TONIQUE.*

— Dès lors, le rythme change, la durée de la manifestation motrice se prolonge.

La prédominance de la note clinique ou tonique, confère au tableau clinique une teinte particulière.

Dans ce cadre, rangeons :

a) *Le mouvement choréo-athétosique,* prédominant au niveau de la face aux extrémités ;

b) *le spasme facial périphérique.*

III) *MOUVEMENTS ANORMAUX, PLUS LENTS ENCORE, SANS AUCUN CARACTERE CLONIQUE.*

« Mouvements ondulants, prédominant aux extrémités, d'amplitude modérée fréquemment répétés et exaltés par les actes volontaires. Telle est l'athétose. »

IV) *MOUVEMENTS SPONTANES, PROGRESSIFS, DETERMINANT UNE ATTITUDE NOUVELLE UN PEU DURABLE :*

Ceux-ci créent une attitude nouvelle conservée un temps variable, s'estompant, puis réapparaissant.

Nous distinguons :

a) *les dystonies kinétiques localisées,* groupant :

— le torticolis spasmodique,

— le spasme monoplégique. Il entraîne en général un mouvement de torsion du membre sur son axe.

b) *les dystonies kinétiques généralisées ;* nous classerons dans ce groupe :

— le spasme de torsion du type ZIEHEN-OPPENHEIM,
— la maladie de WILSON,
— les dyskinésies diencéphaliques et temporales, du type spasmodique,
— les dystonies kinétiques généralisées peuvent présenter des tableaux cliniques assez proches de ceux observés dans les stéréotypies motrices chez l'enfant. Mais souvent ces crises se révèlent être des équivalents d'épilepsie temporale ou diencéphalique.

V) *MOUVEMENTS ANORMAUX ALTERNATIFS, TRES REGULIEREMENT REPETES ET RYTHMES.*

C'est l'ensemble des *tremblements.*

VI) *CONTRACTION MUSCULAIRE VISIBLE, BRUSQUE ET CLONIQUE, SANS DEPLACEMNTS SEGMENTAIRES TRES IMPORTANTS, CREANT UN MOUVEMENT D'AMPLITUDE TRES MINIME.*

Il englobe : — les myoclonies
— les fibrillations musculaires.

Tel est l'inventaire neurologique des multiples aspects que peut revêtir les anomalies de l'activité motrice spontanée.

La stéréotypie motrice de l'enfant tel que nous l'observons à l'écran ne peut être intégrée dans aucune catégorie précédemment décrite. C'est « quelque chose d'autre ».

Cette individualité va s'affirmer encore. En effet, le plus souvent la stéréotypie n'est pas liée à un substratum organique.

Le signal de la stéréotypie motrice a rarement valeur localisatrice.

L'observation n° 1 le démontre.

Même chez l'oligophrène profond, où le tracé électrique est des plus perturbé, il n'existe pas de corrélation entre la stéréotypie et le syndrome déficitaire organique.

Chez divers encéphalopathes dont le degré de détérioration est à peu près identique, dont l'E.E.G. est aussi destructuré, la composante motrice de la stéréotypie n'est pas semblable. Là, elle est très complexe (Observations n° 1, n° 4).

Ainsi déjà en tant que « manifestation motrice » la stéréotypie est bien « originale ».

Si aucun mécanisme organique ne la déclenche, où réside sa motivation ? L'apport de la caméra dans ce domaine est essentiel.

2) La stéréotypie motrice « processus psychique ».

Au rythme des images, se discerne la constante motivation qui déclenche et entretient le « cérémonial gestuel » ; le « signifié » conditionant sans cesse « le signifiant ».

Délivrée de ses « pesants attributs neurologiques », comment se révèle la stéréotypie motrice ? Elle est un « mode de comportement », une manière d'être — d'où existence d'un « contenu ».

La durée, la puissance de cette « pulsion intime » a été diversement envisagée.

a) DROMARD, nous le devinons déjà, s'est méthodiquement appliqué à démontrer le « vide » de la stéréotypie.

« Absence de contenu idéationnel, voilà au point de vue subjectif, la caractéristique fondamentale de toute stéréotypie... tant que l'idée préside à l'acte, cet acte n'a rien en soi de spécifique, il ne constitue à cette époque qu'une pseudo-stéréotypie... La stéréotypie est un acte qui s'extériorise sans intervention de la conscience, ni de la volonté, ne s'accompagne d'aucune modification émotionnelle et ne peut être empêché par aucun effort d'attention... ».

Longtemps cette optique prévalut, BOESTROM en 1928 n'affirmait-il pas encore « les stéréotypies véritables ne peuvent plus jamais remonter au niveau des actes volontaires ». Pour lui, l'acte volontaire équivaut à l'activité entretenue par une motivation sans cesse actualisée ; il isole du cadre des stéréotypies « tou-

tes les manifestations motrices uniformément répétées qui sont l'expression d'un état affectif actuel ».

POROT, dans son « manuel alphabétique de psychiatrie » (952) ne définissait-il pas les stéréotypies « fixation dans une formule invariable de certaines attitudes, de certains gestes ou de certains actes, de certaines expressions verbales, prolongés ou répétés inlassablement *sans but utile*... fixité, durée, identité, inutilité et inadéquation aux circonstances : tels sont les caractères majeurs communs à ces manifestations ».

Telle est la « théorie nihiliste » de la stéréotypie motrice. Nous envisagerons ultérieurement la raison pour laquelle cette position est peu applicable, vérifiable chez l'enfant.

b) Semblant s'opposer aux données précédentes, soudain cette « pulsion » étouffe, submerge la stéréotypie qui s'incorpore dans un comportement pathologique global ; elle devient un élément séméiologique d'un syndrome psychiatrique.

Ainsi stéréotypie fut synonyme d'état démentiel. Encore actuellement, pour certains, ce terme suggère la déchéance, la pauvreté, il évoque chez l'enfant l'oligophrénie. Il renferme une sombre valeur pronostique. Préjugé ancien, invérifiable objectivement. Du fait de sa seule présence la stéréotypie motrice n'implique pas l'évolution fatale.

Les éléments d'un pronostic doivent toujours être recherchés dans les caractéristiques pathologiques du syndrome sur lequel elle éclate.

Certes, il est « certains terrains schizophénie » où la stéréotypie se développe avec plus de fréquence et d'ampleur. Complétant le tableau clinique, mais conservant sa personnalité, elle prend alors valeur diagnostic, circonstance exceptionnelle. En règle générale, la stéréotypie motrice chez l'enfant, jamais ne s'impose comme signe pathognomonique.

KLOESI lui accorde une signification propre : la stéréotypie est la traduction de la « pensée autistique ». L'être, subjugué par cette « pensée autistique », isolé du réel, n'acquiert plus de nouvelles formules motrices adaptées au milieu, il conserve et utilise ses premières modalités d'échange. La stéréotypie ainsi envisagée est de caractère régressif, séquellaire.

KLOESI lui confère certes un « contenu » paradoxalement inexistant — mais précis — cet auteur éliminant du cadre des stéréotypies les mouvements de balancement des idiots et les mouvements professionnels répétés des déments organiques.

Pour MAYER-GROSS, la stéréotypie est également une « attitude schizophrénique ».

MEYER, ZIEHEN, SERBSKY la considèrent comme une extériorisation d'idées délirantes, comme des réactions actives suscitées par des perceptions hallucinatoires.

Cette optique de la stéréotypie se rapproche étrangement des « théories nihilistes » précédentes, toutes elles négligent la « personnalité » de la stéréotypie motrice.

c) Pour beaucoup, « cette pulsion » met en jeu la stéréotypie motrice ; puis progressivement elle s'estompe et disparaît.

CAHEN admet l'existence de ce « primum movens »: « les stéréotypies sont des attitudes, des mouvements de la vie de relation, ou de la vie végétative qui sont coordonnés, qui n'ayant rien de convulsif ont au contraire l'apparence d'actes intentionnels ou professionnels, qui se répètent longtemps, fréquemment, toujours de la même façon qui au début sont *conscients et volontaires*, et qui deviennent plus tard automatiques et subconscients par le fait de leur longue durée et de leur répétition ».

X. ABELY affime et avec juste raison que la stéréotypie n'existe que par le fait qu'elle possède un substratum *idéo-affectif* et la définit: « les stéréotypies sont des attitudes, des mouvements, des actes coordonnés sans aucun caractère spasmodique, remarquable par leur fixité et leur répétition sous une forme immuable, *intentionnels à l'origine*, mais susceptibles de *devenir automatiques* ».

Cet auteur, ainsi que CAHEN, distingue deux étapes dans l'élaboration de la stéréotypie :

— *dans un premier stade, la stéréotypie est consciente et volontaire.* Des phénomènes intellectuels, volitionnels, émotionnels gravent la fixité de l'idée. Même chez certians individus, cette modalité reste consciente, elle peut valoriser certains individus qui désirent s'imposer aux foules, les gestes, les attitudes stéréotypées de certains « personnages populaires ou politiques » sont bien connues...

— *puis elles tombent dans le domaine de l'automaticité ;*

— *cependant, il existerait un stade de transition.*

Chez l'adulte, pour X. ABELY, l'activité stéréotypée serait prépondérante dans la vie sociale :

— tant dans les conventions et usages secondaires, esprit de famille, dogmes religieux, etc...

— que dans les rapports professionnels.

Cet auteur, par contre, refuse d'accepter dans le groupe des stéréotypies, celles qui se développent chez les déments, les rapprochant de manifestations neurologiques proches des crises convulsives et des symptômes pseudo-bulbaires.

L'autonomie de la stéréotypie motrice se précise.

d) Quel est l'apport de l'investigation cinématographique ?

Deux données nous semblent particulièrement significatives :

— tout d'abord une « motivation constante », un contenu psychique perpétuel animé, vivifie la stéréotypie motrice chez l'enfant;

ainsi douée d'une certaine puissance interne, la stéréotypie motrice devient « une entité », jouit d'une autonomie complète.

Observez les masques des enfants ! *Partout la vigilance existe.* Le conseil d'ESQUIROL prend ici toute sa valeur, surtout lorsque la caméra s'applique à explorer la séméiologie psychiatrique.

« L'étude de la physionomie des aliénés n'est pas un objet de futile curiosité. Elle aide à démêler le caractère des idées et des affections qui entretiennent le délire de ces malades... Que de résultats intéressants n'obtiendrait-on pas d'une pareille étude ».

Au cours de la prise de vues, la stéréotypie ne nous est pas apparue comme un reliquat immédiat (conception de DROMARD, en particulier) ou secondaire (CAHEN).

Sous le fragmentarisme du symptôme s'étale un signifié continu. Certes, il existe des degrés quantitatifs et non qualitatifs dans l'expression de ce contenu idéologique. Il est conditionné par la « structuration » complète ou partielle du moi de l'enfant.

Chez ces encéphalopathes, oligophrènes profonds (Observations n^{os} 1, 2, 3, 4, 5). le téléobjectif nous révèle une mimique attentive, souvent distraite par l'éclosion de larmes (Observations n° 2 et surtout n° 4).

L'état de vigilance devient évident chez le jeune psychopathe (Observations n^{os} 13, 14, 14, 16).

X. ABELY avait déjà souligné l'importance de ce « contenu » de la stéréotypie ; mais comme, ultérieurement GUIRAUD, cet auteur admettait que le signifié pouvait se dissiper... s'isolant du signifiant.

Au contraire, la stéréotypie motrice nous apparaît comme « un bloc » ses deux composantes étant indivisibles, inséparables. D'où cette puissance interne qui confère à la stéréotypie motrice chez l'enfant son « autonomie ».

Jamais la stéréotypie motrice ne prend valeur de « maître sympôme » signant la présence d'un syndrome psychiatrique déterminé.

Sa richesse est bien plus grande, elle est un mode de psychomotricité, une conduite globale, une façon d'exister. Elle se manifeste comme une véritable *conduite réactionnelle.* Dès que certaines circonstances extérieures ou internes se dressent, la stéréotypie s'installe — aussi peut-on la voire éclore à *tous les échelons de la nosologie* neuro-psychiatrique infantile. Tantôt elle touche cet encéphalopathe idiot, tantôt elle s'élabore chez ce jeune

épileptique grave, où chez ce garçon en proie à un « autisme infantile » de KANNER.

X. ABELY dans sa thèse, chez l'adulte, s'appuyant sur les données de l'observation purement clinique, signalait l'existence possible de stéréotypies dans de nombreuses psychoses, chez les épileptiques, et les oligophrènes (toutefois dans ce dernier groupe, nous connaissons déjà les restrictions apportées par cet auteur).

Cette conception doit être étendue, élargie. La signification profonde de la stéréotypie motrice de l'enfant continue à s'édifier.

B) LES STEREOTYPIES MOTRICES CHEZ L'ENFANT SONT ESSENTIELLEMENT DES PHENOMENES A « CONTENU AFFECTIF »

La stéréotypie motrice est riche de contenu. Efforçons-nous d'en discerner sa nature. La caméra, dans ce domaine nous prodiguera encore des données convaincantes. Elles complèteront, affineront l'apport de l'investigation clinique.

Nier toute activité ludique chez l'enfant, ou y réduire purement et simplement tout son comportement serait dans un cas, comme dans l'autre, émettre un jugement bien téméraire.

Telle fut cependant l'attitude de DROMARD. Cet auteur dans son entreprise « d'automatisation généralisée », est cependant surpris de la signification spéciale que revêt les mouvements de l'idiot. « Les mouvements de l'idiot témoignent d'une tendance comparable au besoin d'activité des jeunes animaux, tendance qui ne peut trouver sa formule d'extériorisation que dans l'imitation ou l'atavisme. Il serait donc juste de dire que ces mouvements ont *un caractère idéo-affectif,* mais que ce contenu vaut ce qu'il vaut, qu'ils sont élaborés par la volonté. mais que cette volonté est l'expression d'une personnalité à peine ébauchée, qu'enfin ils ont leur représentation dans la conscience, mais que cette conscience est un miroir terne et dépoli, autant qu'exigu ».

Et DROMARD de conclure : « Nous inclinerions volontiers à rapprocher ces habitudes motrices de la krouomanie des idiots, en leur attribuant la même interprétation que M. NOIR et en estimant que ceux qui les exécutent ont besoin d'exciter leur sensibilité et y *trouvent un véritable plaisir*... La plupart de ces mouvements constituent pour le malade une *sorte de jeu,* on a l'impression d'un sujet qui dépense comme il peut son activité... *C'est une façon de plaisir que le sujet s'offre,* faute de mieux. Il s'agit d'un besoin naturel de sensations kinesthésiques réalisé d'une façon rudimentaire par une mentalité inférieure, une sorte

d'activité arbitraire, exploitée dans un but de *satisfaction* et dont la psychologie est à rapprocher de celle de la danse chez les peuplades sauvages, de celle du *jeu chez les enfants* et les animaux ».

VEXNER, de Prague, a, en effet, montré que chez les animaux au repos, la dépense d'activité se manifeste par des « sortes de jeux stéréotypés » (la krouomanie du lion en cage !).

Ces mouvements de l'idiot, dont DROMARD donne de nombreux exemples, illustrent cliniquement ce que nous considérons comme le type même de la « stéréotypie motrice », par contre pour cet auteur elles sont la personnification de leur antagoniste. Cependant quelque soit leur dénomination, la nature du contenu nous surprend.

X. ABELY prétend qu'une « motivation » identique conditionne certaines stéréotypies motrices, et même il affirme que le jeu est un type de stéréotypie, et comme le jeu est un plaisir, les stéréotypies de jeu naissent, car elles recréent le plaisir. Ce processus serait évident dans la débilité mentale ou tantôt par imitation, tantôt pour se procurer ce sentiment, on voit ces malades, aux facultés plus ou moins diminuées se livrer à des jeux enfantins où l'élément affectif et volitionnel est toujours appréciable : « Le jeu, a-t-on dit, représente un besoin d'activité, un excès d'énergie qui trouve plaisir à se dépenser. Mais d'où provient la stéréotypie de jeu ? C'est que toute émotion agréable une fois créée tend à se répéter, à se manifester sous la même forme. Dès qu'un mouvement est accompagné d'un sentiment de plaisir, ce mouvement se renouvelle identique à l'appel du désir émotionnel ».

Pour étayer ce point de vue, l'auteur propose l'exemple de ce curieux syndrome « *le puérilisme mental* » décrit en 1903 par DUPRE et ses élèves. Soudain et transitoirement, chez l'adulte ou chez le sujet âgé, surgit une mentalité et une activité infantile. Stéréotypies motrices, activité ludique sont prépondérantes.

Dans ce même but, X. ABELY cite le cas rapporté par CAPGRAS : il s'agissait d'une jeune débile mentale qui s'abandonnait à des activités stéréotypées : ronds, chansons... « Elle faisait tout cela dans le dessein d'évoquer les meilleurs souvenirs de sa jeunesse ».

H. EY et M^me^ BONNAFOUS sont frappés par « *l'expressivité* » des kinésies chez les idiots. Quels affects traduisent-elles ?

Parmi les cinq caractères qui les définissent, le plus révélateur dans ce sens est « qu'elles s'accompagnent de manifestations de satisfaction... elles engendrent l'euphorie... ».

Elles revêtent l'aspect d'un comportement global, paraissant s'intégrer dans une activité de conscience narcissique et ludique.

Les oligophrènes profonds jouissent d'une vie de relation à peu près nulle. Ils sont isolés du monde extérieur, ils sont « murés » par leur activité motrice qui est « court-circuitée », « réfléchie » sur elle-même.

« A ce point de vue, dit H. EY, les mouvements que nous avons décrits représentent le matériel même de l'acte de jouer. Ils jouent avec leurs mouvements, perpétuent dans de longues mélodies motrices, le plaisir de remuer, de peupler par le jeu de thèmes moteurs leur conscience essentiellement subjective, sensible...

« ...Il nous semble donc que ces kinésies de jeu sont l'expression du désir de jouer avec son corps, de le manipuler, d'en jouer comme d'un instrument, restant adhérent aux fonctions sensorio-motrices du corps propre s'y réfléchissait et y perpétuait dans les inflexions du tonus musculaire ».

Existence d'un *contenu affectif*, telle est l'opinion de X. ABELY et H. EY, telle est une des données prégnantes qui se dégage de la projection de notre court métrage.

La stéréotypie motrice, met à jour chez l'enfant un vécu profond : il y a *émotion*. Nous utilisons ce terme, dans le sens que lui a conféré Pierre JANET, c'est-à-dire de « *conduite* ».

« Pour comprendre l'émotion » dit P. JANET « il faut se placer au point de vue de la psychologie objective et voir l'individu du dehors, en même temps que le groupe des circonstances (la situation) dans lequel il est placé, au lieu de donner toute son attention aux sentiments plus ou moins incomplets que l'on éprouve quand on est ému. Ces phénomènes de l'émotion se produisent quand un être vivant et conscient est exposé brutalement à une modification du milieu physique et surtout du milieu social dans lequel il est plongé » (Rapport sur les caractères psychologiques des émotions 1909).

Le contenu affectif de la stéréotypie motrice chez l'enfant est conditionné par les normes du milieu ambiant.

L'état émotionnel est toujours au présent, il est de plus transitoire, renouvelable, car « réactionnel ». « Le signifiant » de la stéréotypie motrice revêt, nous l'avons déjà remarqué, des constantes identiques. Mais sous l'organisation de la stéréotypie dans le temps, il y a toujours la personnalité globale.

L'état émotionnel s'individualise sous la forme d'un complexe psycho-physiologique.

Chez beaucoup de nos jeunes garçons cinématographiés, la stéréotypie motrice s'associait à des réactions viscérales émotives. Nous avons surtout noté des manifestations circulatoires : pertur-

bations vaso-motrices siégeant électivement au niveau de la face, une accélération du rythme cardiaque.

Assez fréquents étaient également les troubles de la régulation secrétoire en particulier, sudoripare. Les modifications du rythme et de l'amplitude respiratoires étaient plus rares.

La composante psychique de l'état émotionnel s'extériorise par l'expression mimique. L'intérêt de la caméra se devine. Dans ce bilan mimique il faut isoler deux niveaux « expressifs » :

— l'un plus primitif, que l'on découvre chez l'oligophrène profond c'est la mimique innée. Elle est asymbolique, donc d'emblée moins frappante ; l'observation superficielle peut la méconnaître ;

— l'autre plus « structuré », c'est la mimique acquise, socialisée, métaphoriques ou symbolique, « de tranfert ».

Les deux composantes de l'émotion n'apparaissent en fait que comme de simples « dispositifs scéniques » qui vont servir à interpréter des *thèmes* — qui parle d'émotion dit thèmes.

Ce « matériel émotionnel » chacun dans sa propre sphère, va visualiser selon les rapports qui surgissent entre « le moi profond » en un moment de sa durée et les caractères de « l'objet extérieur », tantôt des réactions de plaisir, de joie, tantôt des réactions de tristesse, de douleur.

Pour beaucoup, le contenu affectif de la stéréotypie motrice apparaît sous l'apparence d'un état émotionnel, révélant un état de joie, de plaisir.

La stéréotypie motrice chez l'enfant se réduirait à une activité ludique, narcissique.

Enfin signalons que la neurophysiologie par atteinte de la région hypothalamique postérieure et rhinencéphalique a recréé le cadre somatique de l'émotion, associée à des manifestations motrices semblables à celles que classiquement on baptise stéréotypies. L'existence de tels processus commande des contrôles anatomiques rigoureux de ces régions en particulier chez l'oligophrène profond post-encéphalitique.

C) LA STEREOTYPIE MOTRICE CHEZ L'ENFANT EST UN ETAT AFFECIF DE TYPE EMOTIONNEL OU REGNE L'ANXIETE, LE DRAME ET LA DOULEUR

Ce dernier chapitre est essentiellement « filmique ». Sa traduction graphique sera difficile, incomplète car moins suggestive, seule l'image est signifiante, convaincante.

Toute cette vision est teintée, imprégnée d'anxiété.

L'anxiété est une émotion indéterminée, dont l'objet est incertain, moitié craintes, moitié désirs, d'où son caractère ambivalent, attisant conflits et drames (1).

Assistons ensemble à une dernière projection de notre film.

Voici « le décor », il est sinistre, surtout quand on pense qu'il a été conçu uniquement pour l'enfant : une cour cimentée, du grillage partout, d'imposants bâtiments de briques rouges et orangées, deux arbres pour « ombrager », et dans cette enceinte, un amas de jeunes garçons, à la morphologie souvent un peu effarante, à l'activité adaptée ou ludique rudimentaire.

Un rapide mouvement panoramique de la caméra, nous les visualise tous, nous divulgue soudain la présence de la stéréotypie motrice : elle est là partout ; elle est là, sous ses multiples formes.

Puis, l'exploration cinématographique, plus sélective commence, nous allons la poursuivre à tous les étages de la nosologie neuro-psychiatrique infantile, mais partout nous nous heurtons à ce dénominateur commun : *l'anxiété*.

L'objectivation de cette anxiété est fonction du degré de maturation du terrain, du vécu profond sur lequel elle s'inserre.

Là, chez l'oligophrène profond, encéphalopathe, dont la détérioration psychique est massive, ainsi que l'atteste le tracé électroencéphalographique très désorganisé, bref, chez de tels malades, voisins de « l'organique » l'un d'ailleurs est un épileptique grave (obs. n° 3) ; l'autre est un idiot, dont l'hydrocéphalie est évolutive (obs. n° 2), l'anxiété naît de la collision de dynamismes instinctifs. La stéréotypie motrice chez l'enfant apparaît même à ce stade comme une « façon d'exister ».

Chez ces cinq jeunes garçons (obs. n° 1, 2, 3, 4, 5), tous atteints d'idiotie, les limites, les frontières de leur « schéma corporel » leur sont fournies par la répétition de mouvements globaux. Leur « anxiété est déjà existentiel ».

Les stéréotypies motrices sont souvent des activités de reconnaissance.

Gérard et Abdalha (obs. n° 6 et 7) dont le degré de fixation sensorio-motrice est très primitif, se révèlent déjà un peu plus exigeants.

Signalons que le premier sujet est sourd et aveugle, que le second un idiot mongolien, est atteint d'une cataracte congénitale. Ces deux jeunes enfants sont toujours en quête de sensations, certes élémentaires, mais plus localisées. Par une activité rythmique d'enfoncement des doigts dans les cavités orbitraires, ils veulent se créer des phosphènes. Sur leurs facies se marque une impression générale de souffrance.

(1) « *L'Angoisse et l'Emotion* », René Lacroze.

En présence d'un niveau de fixation sensorio-moteur identique, nous ne décelons pas une équivalence dans le comportement de l'enfant normal, et du jeune infirme cérébral, chez l'un règne une activité ludique, mélodique, chez l'autre le désarroi, la vigilance anxieuse.

La projection du film se poursuit, nous observons toujours l'activité stéréotypée de l'oligophrène. Sous l'organisation de la stéréotypie motrice dans le temps il y a la personnalité globale.

Dans ces deux cas (obs. n° 10 et 11), la sensation réclamée se charge elle-même d'un contenu affectif douloureux. La signification thématique de la stéréotypie motrice est manifeste. Le besoin impérieux de preuve de l'existence devient dramatique. Ces deux jeunes garçons projettent avec violence leurs visages contre les barreaux de leurs lits, où se mutilent la face par de vigoureux coups de poing, arrachant des cris de douleur.

Il est très difficile en présence de ces quelques exemples de parler de jeu d'euphorie, d'extase. La puissance sélective et grossissante de l'objectif de la caméra, nous facilite l'observation de tels tableaux, vraiment tragiques.

Durant toute la projection du film un « malaise insolite » envahit le spectateur.

Abandonnons le domaine de l'oligophrénie. La traduction externe du « drame » devient de plus en plus évidente. La richesse croissante de l'expression mimique en facilite l'objectivation.

Observez le masque de Gérard, jeune garçon atteint de maladie épileptique grave (obs. n° 12). L'activité stéréotypée des mains, de la bouche avec des claquements de langue, des pieds qu'il actionne dans un geste d'écrasement, ne semble-t-elle pas s'intégrer en outre dans un rite !

L'enfant tente de bâtir quelque chose, car partout règne « le néant», vide de l'ambiance psychiatrique où il est jeté, néant de son « moi » qui poursuit sa désagrégation sous l'effet de la désorganisation pathologique.

De même, le vécu anxieux profond de ce jeune schizophrène ne nous frappe-t-il pas d'emblée ! (ob. n° 16). Déjà chez lui, l'anxiété devient débordante, conférant à la composante motrice de la stéréotypie, un caractère « parasitaire ». Les mouvements buccaux de ventouse aspirante, revêtant un aspect régressif, bien secondaire par contraste avec toute l'expressivité tragique du reste du visage. Tout le psychisme de cet enfant donne l'impression d'être « chargé » d'une dose extraordinaire d'anxiété.

Progressivement au rythme des images, nous assistons à l'emprise de plus en plus nette de cet état émotionnel sur certaines conduites stéréotypées.

A ce stade la stéréotypie est « anxiété en action ». Dans sa chambre dans la cour, ce jeune dément infantile (obs. n° 13) est en proie à une agitation stéréotypée faite de sauts, de battements de main, de secousses des avant-bras, de rapides périodes de course. Sous l'exacerbation de cette activité régnait une vigilance si grande, une anxiété si intense, que l'indication d'une lobotomie a été posée et pratiquée. Seuls leurs caractères quantitatifs furent influencés par cette intervention.

Il est difficile d'entrer en contact avec Jean-Marie (obs. n° 14). L'anxiété rompt sans cesse toute tentative de liaison. Se dirige-t-on vers lui aussitôt les réactions de défense s'installent, souvent elles se réduisent à une réaction de pure fuite. L'état de vigilance est permanent et partout, il est sans cesse braqué dans l'attente de l'éventuelle catastrophe, il entretient l'éclosion de fantasmes tragiques. Souvent l'anxiété surgit sous forme de bouffées d'agitation. Jean-Marie brise, déchire tout ce qu'il découvre. Toute l'activité stéréotypée n'est modulée que par et pour, le vécu profond « bourré » d'anxiété. Dans ce cas, une lobotomie a été tentée, les schémas moteurs subsistèrent, seuls leurs rythmes s'affaiblirent.

Pour conclure cette modeste investigation cinématographique de quelques stéréotypies motrices chez l'enfant, regardons la séquence consacrée à Jean, ce jeune garçon comitial et dément, atteint de cécité congénitale (obs. n° 15). Cet exemple illustre et résume tout ce que nous avons tenté de décrire, sans cesse secouru par l'aide de la caméra. Cet enfant ne « vit » que sous forme d'activités stéréotypées. Il ne s'impose que par elles. La richesse de leurs composantes motrices est extraordinaire ; pendant une certaine période elles conservent le même cérémonial, puis brusquement elles se métamorphosent. Nous sommes en présence de tout le répertoire de la stéréotypie motrice, depuis l'élaboration de mouvements globaux simples, tel que le balancement antéro-postérieur, jusqu'à la création d'une motilité plus fine, plus élaborée au niveau des doigts. La recherche de la sensation se calque sur un plan identique, tantôt découverte d'une donnée globale, tantôt au contraire apport d'un « affect précis », ainsi il réclame continuellement et avec véhémence divers objets qu'il soumet à une palpation minutieuse, mais le plus spectaculaire reste incontestablement ces effets recherchés dans l'élongation des muscles du cou : soudain, mais à rythmes réguliers et toujours dans le même sens, de la droite vers la gauche, Jean à deux mains, saisit sa tête et lui imprime un mouvement de torsion.

Mais en fait, toute cette activité n'est qu'un moyen habile de « camouflage ». Il tente de masquer son anxiété, qui en fait, éclate partout.

Ce trop bref « travelling optique » achevé, l'écran s'est éteint. Le spectateur revient à lui, réfléchit, il s'efforce de définir la stéréotypie motrice chez l'enfant, de découvrir sa signification.

A) Durant cette projection, la stéréotypie motrice ne revêt l'aspect, ni ne prend le sens d'un « syndrome vestigial, résiduel ».

Beaucoup de cliniciens cependant le pensent ; il suffit de lire les certificats rédigés lors de l'admission de l'enfant, ou composés à l'occasion d'une « quinzaine » ou d'un « anniversaire » pour s'en convaincre. Souvent, nous découvrons cette phrase : « est atteint d'idiotie... avec stéréotypies motrices » ; le second terme renforce l'idée de déchéance déjà englobée dans le premier, met un point final, ponctue définitivement l'état de détérioration.

Un certificat médical neuro-psychiatrique doit être un bilan psychique, somatique et sociologique. Qui dit bilan suppose un inventaire des phénomènes tant négatifs que positifs qui s'élaborent dans le domaine du pathologique. Dans la série positive, devraient prendre place les stéréotypies motrices, car elles ne sont que la traduction objective d'un vécu profond qui s'écoule dans la durée.

B) C'est *de* l'image que nous extrayons toutes les données que nous exposons dans cet « essai ». Ce n'est pas *par* l'image, c'est-à-dire par le langage cinématographique que nous matérialisons l'idée que nous préconisons. Telle est la démarche originale du cinéma, moyen d'investigation séméilogique. Elle est bien différente du parcours habituellement tracé. Scénario, montage sont sous le pouvoir, sous l'empreinte de la puissance qualitative et quantitative de l'image. Ils sont d'ailleurs techniquement secondaires.

Préconiser l'emploi du cinéma en milieu psychiatrique n'implique pas l'impérieux désir de métamorphoser le praticien en un « grand touriste » qui, portant la caméra en bandoulière, va se livrer à « l'exploration » de son Service, croyant le découvrir systématiquement sous un angle nouveau » !

L'indication du cinéma en neuro-psychiatrie sera toujours discutée, ses trois grands champs d'application précédemment décrits pourront servir de guide.

Le cinéma moyen d'investigation séméiologique ne doit être considéré que comme une méthode d'exploration complémentaire, mise au service exclusif de la clinique. Dès que le clinicien pressant l'intérêt d'une telle coopération, il devrait avoir la possibilité de recourir rapidement à son emploi. Malheureusement, un tel souhait ne peut être toujours réalisé du fait de la non acquisition par le Service où il est placé, du matériel indispensable à cette pratique.

L'obstacle majeur reste essentiellement « d'ordre budgétaire ».

C) Toujours à partir de « l'image cinématographique » et non de « l'image filmique », tentons de définir la stéréotypie motrice chez l'enfant.

Mais au préalable, il est bon de se remémorer les positions de chacun.

1) Sur quelques données, l'unanimité règne.

Il est actuellement admis par tous :

a) que la stéréotypie motrice ne peut en aucun cas être assimilée à un processus neurologique ; elle n'en possède aucun caractère objectif. L'analyse exclusive de « la composante motrice de la stéréotypie » s'avère rapidement stérile.

b) que la « note motrice » n'est en fait que l'émanation d'un « vécu profond », état affectif de type émotionnel, qui, pour certains, préside uniquement à l'éclosion de la stéréotypie et disparaît ensuite.

2) La divergence naît dès l'analyse des « thèmes » que ce contenu émotionnel peut fixer.

— X. ABELY, M^me^ BONNAFOUS, SERIEUX et H. EY affirment que l'activité stéréotypée chez l'enfant, en particulier chez l'oligophrène profond, se réduit à une activité ludique, donc source de plaisir.

— Au contraire, dès que nous dirigeons la caméra sur l'enfant stéréotypé, nous découvrons, le drame, l'anxiété.

Cette divergence de vue n'est qu'apparente.

Ces deux données opposées, en fait se complètent et renforcent notre conception de la stéréotypie motrice chez l'enfant.

La stéréotypie motrice est avant tout une « façon d'exister ». La composante motrice est perpétuellement au service de l'état émotionnel, qui est le « signifié » qui « *est stéréotypie* ». Souvent la stéréotypie motrice nous apparaît comme un mode de comportement réactionnel. Selon les caractéristiques du milieu interne et surtout externe, les thèmes du *contenu émotionnel peuvent varier.* Dès lors la composante motrice peut également s'intégrer dans cette nouvelle orientation.

Etant donné que les conditions d'hospitalisation de l'enfant en milieu psychiatrique sont des plus traumatisantes, surtout pour une certaine catégorie de jeunes psychopathes ; dans l'inactivité, dans l'ennui, dans le néant de lui-même et de l'ambiance, la stéréotypie motrice remplie d'anxiété, s'installe.

N'oublions pas que tous les enfants cinématographiés appartiennent à cette section « dite fermée » du Service. Dès que l'on s'occupe de l'enfant, la fréquence de la stéréotypie motrice régresse.

Toutes ces observations soulèvent le délicat problème de l'internement, du placement de l'enfant en milieu psychiatrique.

Nous osons proposer comme définition de la stéréotypie motrice chez l'enfant : « Etat mental dépourvu en lui-même de toute signification diagnostique ou pronostique ; objectivé par des réactions motrices : actes, mouvements, attitudes, spécifiques par leur fixité et leur répétition sous une forme immuable, traduisant « *un vécu profond* », un état émotionnel, dont les thèmes sont conditionnés tant par le néant de lui-même, que par celui de l'ambiance où il vit. »

CONCLUSIONS

Frappé par le grand nombre de jeunes garçons, tous infirmes cérébraux, en proie à ce que classiquement on baptise « stéréotypies motrices », nous avons tenté de pénétrer la signification de ce symptôme, en apparence si familier, si banal.

La stéréotypie s'objectivant essentiellement par du mouvement, au premier abord, elle apparaît comme une attitude, un acte, fixé et répété sous une forme immuable, nous avons complété les données de l'observation clinique par l'apport sélectif et grossissant de la caméra. Ainsi dix-sept enfants furent cinématographiés, un film d'une durée de projection de vingt-cinq minutes fut réalisé. C'est à partir de ce document filmique que nous avons entrepris cet essai.

Emprunter cette « technique de l'image », l'exploiter dans le but d'explorer avec plus d'acuité certaines données neuro-psychiatriques, semble bénéfique.

Toutefois l'indication de son emploi sera toujours rigoureusement discutée.

A aucun moment, nous ne devons oublier que le cinéma est un « mode d'expression », un art, qui émeut grâce à son langage spécifique, qui envoûte grâce à son univers original : « l'univers filmique ».

Trois « domaines neuro-psychiatriques » sont propices à son application :

— La fonction « d'information » reste certes prépondérante ; elle se concrétise, tant par la réalisation de films « d'enseignegnement » ou de courts métrages dits « scientifiques », que par la production d'œuvres de vulgarisation. Dans ce dernier cas, la caméra avec toutes ses infinies possibilités techniques, veut tout en charmant, convaincre ; elle divulgue alors, sous un angle particulier, certains « aspects » de la psychiatrie moderne, tente de dévoiler certains mécanismes internes de certaines affections mentales. Il y a outrance, déformation, une fraction du réel disparaît.

— Le pouvoir « incantatoire » du cinéma qui porte à domicile l'idée à transmettre laisse présager son rôle thérapeutique. Elle renforce, vivifie les « démarches » psychothérapiques usuelles.

— Mais surtout la technique cinématographique peut revêtir le caractère d'une véritable *méthode d'exploration, d'investigation séméiologique.*

Durant toute cette application particulière de la caméra au monde neuro-psychiatrique, nous nous sommes contraints d'éliminer « l'équation personnelle » de l'observateur, nous n'avons retenu du langage cinématographique que les éléments pourvus de neutralité :

— tel le jeu des gros plans « qui pénètre la vie » ;

— tel ce pouvoir de fixation d'un mouvement dans la durée.

Et puis cette redécouverte possible et illimitée d'un moment cerné sur la pellicule, quelle autre technique peut nous l'offrir ?

Devant l'attrait clinique des données révélées par cette méthode aisément réalisable par tout psychiatre dans son service hospitalier, nous avons osé dresser, en vue d'en faciliter l'extension, un rapide inventaire du matériel indispensable à son éclosion.

C'est dans un tel état d'esprit : désir d'analyse purement objective du symptôme que nous entreprenions cet essai : — cette attitude apparut vite paradoxale, car dès que nous abandonnions le viseur de la caméra pour compulser les divers documents consacrés à cette anomalie motrice, nous nous aperçûmes rapidement que toutes les définitions proposées, que toutes les tentatives d'interprétation offertes étaient toutes imprégnées de la marque de leur auteur.

La stéréotypie motrice apparaissait déjà « pleine de sens ».

Malgré cette orientation initiale, tant en France, en Allemagne, en Italie que dans les pays anglo-saxons, deux stades peuvent être isolés, historiquement, dans l'élaboration progressive de la connaissance de ce symptôme.

— Primitivement, c'est à partir de 1864, époque où J.-P. FALRET adopte ce terme, et jusqu'en 1916, la stéréotypie est réduite à sa composante motrice, on précise tous ses caractères, toute sa « morphologie », on l'aborde comme un processus neurologique. Toutes les études de G. DROMARD sont significatives de cette période.

En 1916, X. ABELY soutient sa thèse, il affirme l'existence de deux composantes dans toute stéréotypie motrice. L'une est motrice, c'est le *signifiant,* l'autre est psychique, c'est le *signifié,* c'est le contenu idéo-affectif.

Deux autres publications, d'une part l'article de P. GUIRAUD, en 1936, d'autre part la tentative filmique de M. de BONNAFOUS-SERIEUX, et M. H. EY en 1938, constituent les travaux classiques sur ce problème.

— *Comment la stéréotypie motrice chez l'enfant, observée avec le concours de cette puissante méthode d'investigation, se révèle-t-elle ?*

I) « *L'autonomie* » *de la stéréotypie motrice s'impose, elle n'est pas un phénomène neurologique, mais un processus psychique* ».

Malgré les multiples travaux de DROMARD, qui tous s'efforcent de prouver l'automaticité de la stéréotypie, la réduisant ainsi à un processus neurologique, malgré les diverses conceptions pathogéniques, toutes organicistes élaborées pour expliquer son mécanisme, ce phénomène s'individualise comme un processus psychique autonome.

Sur le plan strictement objectif, la stéréotypie s'isole : de la choréo-athétose ou substratum anatomique constant, à la morphologie rigoureuse ; de la catatonie, syndrome psychomoteur bien ordonné ; du tic plus spasmodique dans son éclatement, du réflexe, plus rigide dans son élaboration, des convulsions, des contractions différentiables d'emblée.

Son autonomie est si grande que la stéréotypie motrice s'installe partout, tant chez l'oligophrène profond, que chez le jeune psychopathe. Elle ne prend aucune valeur diagnostique, ne recèle aucune portée pronostique. Cette autonomie, cette puissance interne, la stéréotypie la doit à la richesse de son contenu. Mais quelle en est sa nature ?

II) La stéréotypie motrice chez l'enfant se résoud à un état affectif de type émotionnel.

L'optique de la caméra dépouille la mimique de l'enfant et y déclèle l'existence d'un état émotionnel, riche de thèmes.

III) Les thèmes sont remplis d'anxiété.

Dès que le cinéma observe l'enfant stéréotypé, l'anxiété, le « drame existentiel » apparaît ; il est d'abord intimement lié au vécu profond, puis il s'extériorise « en action ». La composante motrice s'intègre dans la redécouverte du schéma corporel. La stéréotypie motrice devient activité de reconnaissance.

Pour X. ABELY et H. EY, la stéréotypie motrice, au contraire, est activité ludique, source de plaisir.

Mais en fait, la stéréotypie motrice chez l'enfant, ne se définit que comme un comportement, une façon d'exister. Elle est essentiellement réactionnelle. Dès que le néant de l'être, dévitalisé par des processus pathologiques se manifeste, dès que l'inactivité, le marasme collectif du milieu psychiatrique éclate, la stéréotypie motrice s'élabore, et ses thèmes sont conditionnés par ces facteurs, d'où drame.

La présence de ce pullulement extraordinaire de stéréotypies motrices réactionnelles chez le jeune enfant atteint d'affection men-

tale, soulève le problème de l'opportunité, tout au moins pour certains, d'un tel placement en milieu psychiatrique.

Enfin cette technique, complément de tout examen neuro-psychiatrique, apporte une note « d'objectivité » que beaucoup de méthodes actuellement préconisées, s'efforcent de faire disparaître, en creusant un profond fossé entre la Psychiatrie et la Médecine.

BIBLIOGRAPHIE

A. — FILMIQUE

Claude (R.), Bachy (V.), Taufour (B.), *Panoramique sur le 7e Art*. Editions Universitaires, Paris, 1959.

Martin (M.), *Le langage cinématographique*. Collection 7e Art. Editions du Cerf, Paris, 1962.

Agel (H.), *Esthétique du cinéma*. Collection « Que sais-je », Paris, 1957.

— *Le cinéma a-t-il une âme*. Collection 7e Art, Paris.

Morin (E.), *Le cinéma et l'homme imaginaire*. Editions de Minuit, Paris, 1956.

Souriau (E.), *L'Univers filmique*, 1953.

— Nature et limite des contributions positives de l'esthétique à la filmologie.

Heuyer (G.), Lebovici (S.) et Rebeillard (M.), en collaboration avec Cohenseat (G.), *Recherches sur les réactions des enfants et des adolescents*. Congrès International de Filmologie, 1955.

Ruette (V. de), *The Cinema and Child Psychology*, in *International Review of Educational Cinematography*, Roma, vol. VI, n° 1, 1934

Ford (R.), *Children and the Cinema*. London, 1939.

Cahn (P.), *Remarque sur les réactions de l'enfant à son image et à celle de ses frères*. Paris, Congrès International de Filmologie, 1955.

Gratiot Alphandery (H.), *Jeunes spectateurs*, in *Revue Internationale de Filmologie*, tome II.

Lanoux (A.), *L'Enfant en proie aux images*. Paris, 1951.

Mialaret (G.) et Méliès (M.-G.), Expériences sur la compréhension du langage cinématographique par l'enfant. Paris, Congrès International de Filmologie, 1955.

Rebeillot (M.), Les recherches de filmologie dans la neuropsychiatrie de l'enfant. Thèse, Paris, 1955.

Siersted (E.) et Hansen, Réaction des petits enfants au cinéma, in *Revue Internationale de Filmologie*, tome II.

Wallon (H.), *L'Enfant et le Film*, in *Revue Internationale de Filmologie*, tome II.

Zazzo (B.), Effet de la grosseur et de la mobilité des plans sur les réactions des spectateurs enfants. Congrès International de Filmologie, 1955.

— Analyse des difficultés d'une séquence cinématographique par la conduite du récit chez l'enfant.*Revue Internationale de Filmologie* tome III.

— Une expérience sur la compréhension du film. *Revue Internationale de Filmologie*, tome II.

— Niveau mental et compréhension du cinéma. *Revue Internationale de Filmologie*, tome II.

Morgenstern (S), La pensée magique chez l'enfant, in *Revue Française de Peychanalyse*, 1937.
Pol Vandromme, Le cinéma et l'enfance. Collection 7e Art, Paris.
Marg Field, Le cinéma pour enfants. Collection 7e Art, Paris.
Berman (H.-H.), *Audio-visual psychotherapeutics : portable moving pictures with sound as a rehabilitation measure*, in *Psychiatric Quaterly*, 1946.
Heuyer (G.), Lebovici (S.), Bertagna, *Sur quelques réactions d'enfants inadaptés*, in *Revue Internationale de Filmologie*.
Katz (E.), *A brief survey of the use of motion pictures for the treatment of neuropsychiatric patients*, in *Psychiatric Quaterly*, 1946.
Moreno (J.-L.), *Psychodrama and therapeutic motion pictures*, in *Sociométry*, 1944.
Rome (H.-P.), *Audio-visual aids in psychiatry*, in *Hospital Corps Quaterly*, 1945.
Arnheim (R.), *Cinema et Psicologia*, in *Cinema*, 1949.
Caveing (M.), *Dialectique du concept de cinéma*, in *Revue Internationale de Filmologie*, tome 1.
Cohen-Seat (G.), *Essai sur les principes d'une philosophie du cinéma*. P.U.F., 1946.
— *Le discours filmique*, in *Revue Internationale de Filmologie*, t. II.
Dekeukeleire (C.), *Le Cinéma et la Pensée*. Paris, 1947.
Dulac (G.), *L'essence du cinéma, l'idée visuelle*, in *Les Cahiers du Mois*, 1925.
— *Les esthétiques, les entraves, la cinématographie intégrale*, in *Art Cinématographique*.
Eisenstein (S.-M.), La dramaturgie du film, in *Bifur*, 1930.
— The film sense. London, Dobson, 1948.
Epstein (J.), *L'intelligence d'une machine*. Paris, J. Melot, 1946.
— *L'esprit du cinéma*. Paris, Jeheber, 1955.
— *Le film et le monde*, in *Les Temps Modernes*, n° 65, 1951.
— *Le monde fluide de l'écran*, in *Les Temps Modernes*, n° 65, 1951.
Friedmann (G.) et Morin (E.), *Sociologie du Cinéma*, in *Revue Internationale de Filmologie*, tome II.
L'Herbier (M.), *Intelligence du Cinématographe*. Paris, Corréa, 1946.
Malraux (A.), *Esquisse d'une psychologie du cinéma*. N.R.F., Paris, 1946.
Merleau-Ponty (M.), *Sens et non-sens*. Paris, Nagel, 1943.
— Phénomenologie de la perception. Paris, N.R.F., 1945.
Pegge (C.-D.), *Les processus de la pensée et le film*. Paris, Congrès International de Filmologie, 1955.
Ponzo (M.), *Cinéma et Psychologie*, in *Revue Internationale de Filmologie*, tome 1.
Schmidtt (G.), Schmalenbach (W.), Bachlin (P.), *Le cinéma, économie, sociologie, esthétique*. Bâle, Editions Holbein, 1951.
Fretet (Dr), *La folie parmi nous*. Paris, Gallimard, 1952.
Leroy, *Les visions du demi-sommeil*. Paris, Alcan, 1926.
Ricci (F.), *Le cinéma entre l'imagination et la réalité*, in *Revue Internationale de Filmologie*, tome I.
Allendy (Dr), *La valeur psychologique de l'image. Art cinématographique*, tome I, Paris, Alcan, 1926.
Bouman (J.-C.), Heuyer (G.), Lebovici (S.), *Une expérience d'étude des groupes. Le processus de l'identification et l'importance de la*

suggestibilité dans la situation cinématographique, in *Revue Internationale de Filmologie,* tome IV.

Brunuis (J.-B.), Le rêve, l'inconscient, le merveilleux, in *L'Age du Cinéma,* 1951.

Chartier (J.-P.), Les « films à la première personne » et l'impression de réalité au cinéma, in *La Revue du Cinéma.*

Deprun (J.), Le cinéma et l'identification, in *Revue Internationale de Filmologie.*

— Cinéma et transfert, in *Revue Internationale de Filmologie.*

Desoille (R.), Le rêve éveillé et la filmologie, in *Revue Internationale de Filmologie,* tome I.

Fulchignogni (E.), Examen d'un test filmique, in *Revue Internationale de Filmologie,* tome II.

Gemelli (A.), Le film, procédé d'analyse projective, in *Revue Internationale de Filmologie,* tome II.

— La psicologia al servizio della cinematografia, in *Vita e Penseiro,* Milano, 1937.

Glasser (F.), Filmkunst und Erziehung, in Zeitschrift für pädagogische Psychologie und experimentelle Pädagogik. Berlin, 1934.

— Cinéma et Psychologie, *in Revue de Psychologie Appliquée.*

Guicharnaud (J.), L'Univers magique et l'image cinématographique, in *Revue Internationale de Filmologie,* tome I.

Holmstrom (I.), *Le moi de rêve* (ou quand le spectateurs s'identifie avec l'auteur), in *Revue du Cinéma,* 1947.

Landry (L.), Formation de la sensibilité, in *Art Cinématographique.* Paris, Alcan, 1927.

— La psychologie du cinéma, in *Journal de Psychologie,* n° 24, 1927.

Lebovici (S.), Psychanalyse et Cinéma, in *Revue Internationale de Filmologie,* tome II.

Levy-Bruhl, Carnets... Paris, P.U.F., 1949.

Michotte van den Berck (A.), La participation émotionnelle du spectateur à l'action représentée à l'écran. Essai d'une théorie, in *Revue Internationale de Filmologie,* tome IV.

— Le caractère de « réalité » des projections cinématographiques, in *Revue Internationale de Filmologie,* tome I, 1948.

Musatti (C.), Le cinéma et la psychanalyse, in *Revue Internationale de Filmologie,* tome II.

Poisson (J.), Cinéma et Psychanalyse, in *Cahiers du Mois,* 1926.

Beucher (J.), Espace filmique et conscience d'écran. Congrès International de Filmologie, Paris, 1955.

Bruce (D.-J.), Remémoration du matériel filmique, in *Revue Internationale de Filmologie,* tome III.

Colle (J.), Note au sujet de la classification des effets psycho-physiologiques de la projection des films. Congrès International de Filmologie, Paris, 1955.

Galifret (V.) et Segal (J.), Cinéma et physiologie des sensations, in *Revue Internationale de Filmologie,* tome I.

Laffay (A.), L'évocation du monde au cinéma, in *Temps Modernes,* 1re année, n° 5, 1946.

Leboutet (C.), Etude comparative de la perception du positif sur papier et de l'image fixe projetée sur l'écran, in *Revue Internationale de Filmologie,* tome III.

Oldfield (R.-C.), La perception visuelle des images du cinéma, de la télévision et du radar, in *Revue Internationale de Filmologie*, tome I, 1948.
Peters (J.-M.-L.), La perception du film et le rythme filmique. Paris, Congrès International de Filmologie, 1955.
Rieneri (J.-J.), L'impression de réalité au cinéma : les phénomènes de croyance, in *Univers Filmique*, dirigé par E. Souriau.
— La réversion du temps filmique, in *Univers Filmique*.
Wallon (H.), L'acte perceptif et le cinéma, in *Revue Internationale de Filmologie*, tome IV, 1953.
— De quelques problèmes psycho-physiologiques que pose le cinéma, in *Revue Internationale de Filmologie*, tome I.
Francastel (G.), Espace et illusion. *Revue Internationale de Filmologie*, tome II.
Ingarden (R.), Le temps, l'espace et le sentiment de réalité, in *Revue Internationale de Filmologie*, tome I.
Leirens (J.), Le cinéma et le temps. Paris, Editions du Cerf, 1954.
Cohen (M.), Ecriture et Cinéma, in *Revue Internationale de Filmologie*, tome I.
Echeverria Yanez (J.-R.), Virtualités du cinéma, in *Revue Internationale de Filmologie*, tome II.
Meredith (G.-P.), Techniques de recherches sur les problèmes d'intelligibilité. Paris, Congrès de Filmologie, 1955.
Quint (L.-P.), Signification du cinéma, in *Art Cinématographique*, volume II.
Schuhl, Pour un cinéma abstrait, in *Revue Internationale de Filmologie*, tome I.
Bourgeois (J.), Le cinéma à la recherche du temps perdu, in *Revue du Cinéma*, nouvelle série, tome I, 1946.
Micha (R.), La vérité cinématographique, in *Cahiers du Cinéma*, t. V.
Soriano (M.), Lire, assister, in *Revue Internationale de Filmologie*, tome I.
Thévenard (Dr), Tassel (G.), Le cinéma scientifique français. Paris, La Jeune Parque, 1948.

B. — PSYCHIATRIQUE

Falret (J.-P.), Des maladies mentales. Paris, 1864, page 193.
Dromard (G.), Etude psychologique sur la stéréotypie, in *Revue de Psychologie*, 1904.
— Etude clinique sur les stéréotypies des déments précoces, in *Archives de Neurologie*, 1905.
— De la stéréotypie dans ses rapports avec les divers éléments de la vie mentale. *Bulletin de l'Institut Psychologique*, 1905.
— Sur la genèse de la formule motrice dans la stéréotypie. *Bulletin de l'Institut psychologique*, 1905.
— Troubles de la mimique volontaire, in *Journal de Psychologie*, 1906.
— La mimique chez les aliénés, Alcan, 1909.
Bostroem, Hand buck der Geisteskrunskhetten, 1928.
Bessières, Les stéréotypies démentielles, in *Annales médico-psychologiques*, avril 1906.

Antheaume et Mignot, Remarques sur les stéréotypies, in *Encéphale*, juin, juillet 1906.

Cahen, Contribution à l'étude de la stéréotypie, in *Archives de Neurologie*, 1902.

Chaslin, Traité de médecine mentale.

Boidard (Marcel), Stéréotypie et collectionisme chez un délirant chronique non dément, in *Revue de Psychiatrie et de Psychologie Expérimentale*, 1911.

Kloesi (J.), Uber die Bedentung und Entstehung der Stéréotypien. Berlin, 1921.

Mayer Gross, Die klinik der Schizophrenie, in Handbuck de Bumke.

Kleist (K.), Gehirn pathologie. Leipzig, 1934.

Cotard, Article : Folie, Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Dagonet, Traité des maladies mentales. Paris, 1894.

Damage, Quelques formes de stéréotypies, in *Revue de Psychiatrie*, 1907.

Dupré et Charpentier, Récidive médico-légale, stéréotypée, chez un malade débile, in *Journal de Médecine légale et d'Anthopologie criminelle*, décembre 1906.

Dexler, Notes de psychologie animale, in Archives de Neurologie, décembre 1912.

Esquirol, *Les maladies mentales*, tome I.

Guislain, *Leçons orales sur les phénopathies*. Gand, 1852.

Leroy et Delmas, Stéréotypie de l'attitude du mouvement, du langage chez une démente, in *Journal de Psychologie*, 1910.

Régis, Précis de psychiatrie, 5e édition.

Rogue de Fursac, Manuel de psychiatrie.

Seglas, Communication à la Société médico-psychologique (30 janvier et 27 février 1888).

Tardieu, Traité de médecine légale.

Meige, Les tics, in *Journal de Psychologie normale et pathologique*.

Nogues, Les tics. Congrès de Grenoble, 1902.

Meunier, Les tics stéréotypés.

Michaux (L.), Flavigny (H.) et Beucher (M.), Démence précocissime fruste signée par l'apparition d'un automatisme mental après puberté, présentation de malades). *Ann. méd. psychol. av.* 1955, **113**, n° 4, 605-609.

Ploog (D.), Stéréotypies motrices, en tant que manière de Comportement. *Nervenarzt*, 20 janv. 1957, **28**, n° 1, 18-22 (Bibliogr.).

Sadoun (R.), Syndrome catatonique. *Encéphale*, 1957, **46**, ns 2, 173-179.

Ey (H.), Formes cliniques et problèmes nosographiques. *E.M.C., Psychiatrie*, 1, 37283 A 10 (2-1955).

Gallot-Saulnier, L'Hebephreno-catatonie. *Rev. Neuropsychiatr. inf.*, mars-avril 1960, n° 3-4, 111-114.

Gjessing (R.), Contribution à la somatologie de la catatonie périodique. Ve communication. *Arch. f. Psychiat.*, 1953, **191**, n° 3-4, 191-219, 7 fig.

— Contribution à la somatologie de la catatonie périodique. *Arch. f. Psychiat.*, 1953, **191**, n° 3-4, 220-246, 7 fig.

— Contribution à la somatologie de la catatonie périodique. VIIe communication. *Arch. f. Psychiat.*, 1953, **191**, n° 3-4, 247-296, 7 fig., 21 tabl.

— Contribution à la somatologie de la catatonie périodique. VIII[e] communication. *Arch. f. Psychiat.*, 1953, **191**, n° 3-4, 297-326, 5 fig.

Heimann (H.) et Spoerri (Th.), Le syndrome d'expression de la désintégration mimique dans la schizophrénie chronique. *Schweich. méd. Wschr.*, 31 août 1957, n° 35-36, 1126-1128 (Bibliogr.).

Hacquard (M.) et coll., Un cas d'automatisme de De Clérambault chez un addisonnien. *Ann. Méd. Psychol.*, fév. 1962, **120**, ns 2, 400-401.

Heuyer (G.), Bouvier (R.), Mises (R.) et Landry (M.), Syndrome catatonique chez une fillette de 5 ans. *Ann. Méd. Psychol.*, 1956, **2**, n° 1, 84-87.

Kienle (G.), L'ordre évolutif du syndrome catatonique. *Arch. f. Psychiatrique*, 1959, **198**, n° 6 ,643-648 (Bibliogr.).

Kisker (K.-P.), Contribution à la topologie dynamique de mouvements catatoniques. *Nervenarzt*, 20 nov. 1957, **28**, n° 11, 499-504 (Bibliogr.).

Mattioli-Foggia (C.) et Cossio (M.), Examens électromyographiques chez les catatoniques. *Riv. Pat. nerv. ment.*, fév. 1957, **78**, n° 3, 1057-1064, 6 fig. (Bibliogr.).

Binder, Weber motorische Storungen stereotypen Charakters ber Geiteskanken mit besinderer Beruchsochigung der Katatonie (Archis fur Psychiatrie and Nervenkranken, Berlin, 1889).

Brugia et Marzocchi, Dei movimenti sistematozatti in ulceine forme di endebolimenta mentale.

Frensberg, Weber motorische symptome bei un facheri Psychosen (Archio fur Psychiatrie).

Griesinger, Traité des maladies mentales.

Kraepelin, Psychiatrie (1899).

Krafft-Ebing, Traité de clinique psychiatrique (1897).

Meynert, Klinische Norlesungen uber Psychiatrie (Wien).

Lehman, Zur Pathologie des Katatonen symptomen.

Mondio, Hérédité et dégénérescence dans le développement de la démence et dans celui des stéréotypies que l'on y rencontre.

Morselli, Séméiologie des maladies mentales (volume II).

Polvani, Une forme de stéréotypie chez les dégénérés.

Ricci, Le stereotypie nelle demenze e specialminte nelle, demenze consecutive. (*Revue de Criminologie et Médecine légale*).

Schule, Traité des maladies mentales.

Regnar-Vogt, Zur psychologie den Katatonischen symptome (1902).

Wernicke, Die paranoischen Zustude (Leipzig, 1896).

Weggandt, Atlas manuel de Psychiatrie.

Abely (X.), Les stéréotypies. Thèse. Toulouse, 1916.

Guiraud (P.), Analyse du symptome stéréotypie. *Encéphale*, nov. 1936.

Bonnafous (M[me]), Sérieux et Ey (H.), Les kinésies de jeu chez les idiots. *Annales médico-psychologiques*, 1938, février, tome 1, n° 2.

Beley (A.), L'enfant arriéré en face de l'internement, in *Revue Enfance*.

— L'hôpital psychiatrique est-il bien fait pour l'enfant ? in *Hygiène Mentale*, n° 4, 1960, pp. 233-256.

— Problèmes d'hygiène mentale touchant l'hospitalisation de l'enfant, in *Hygième Mentale*, n° 2, 1961.

Beley (A.) et Netchine (G.), Situation de carence socio-affective au sein d'une collectivité psychiatrique (Etude psychologique et clinique de quelques jeunes débiles mentaux). *Annales médico-psychologiques*, juillet-août 1959.

Henderson (D.) et Gillespie (R.-D.), Manuel de Psychiatrie pour les étudiants et les praticiens, 7e édition, juin 1949.
Baruk (H.), Précis de Psychiatrie. Paris, 1950.
— Traité de Psychiatrie. Paris, 1959.
Barbe (A.), Précis de Psychiatrie. Paris, 1950.
Ey (H.), Bernard (P.) et Brisset (Ch.), Manuel de Psychiatrie (-960)
Porot (A.), Le manuel alphabétique de Psychiatrie. Paris, 1961.
Riser (M.), Pratique neurologique (2 tomes). Paris, 1952.

C. — PSYCHOLOGIQUE

Dumas, La tristesse et la joie. Paris, 1900.
— Nouveau traité de Psychologie : L'émotion, pp. 297-443.
— L'expression des émotions.
Boutonnier (J.), L'angoisse. Paris, 1945.
Darwin, L'expression des émotions.
James (W.), La théorie de l'émotion. Paris, 1902.
Janet (P.), De l'angoisse à l'extase, 1928.
La Croze, L'angoisse et l'émotion, Paris.
Ribot, Psychologie des sentiments.
Sartre, Esquisse d'une théorie générale des émotions. Paris, 1939.
Burloud (A.), Psychologie. Paris, 1948.
Guillaume (P.), Manuel de Psychologie. Paris, 1947.
Pradines, Traité de Psychologie générale (3 tomes).
Wolff (E.), L'individualisme radical fondé sur la caractérologie. Editions Bordas, Paris.

Société d'Impressions
CARON & Cie
34, Rue Demolombe, 34
CAEN

Dépôt légal — 4e trimestre 1963 — No 72.116